

受診日 年 月 日

かなりあクリニック

問診票 (別紙)

※お薬処方の御希望 (あり / なし)

※お薬希望の方→薬が準備出来るまで (外で待つ / 帰宅、薬局から電話待ち)

※濃厚接触者に該当 (する/しない) ⇨ 陽性の方は (別居/同居)

※以下の項目は保健所報告に使用します。漏れなく全て記入して下さい。誤りや未記入箇所があると保健所との連携に支障をきたします。ご注意ください。

フリガナ (男性・女性)

氏名 身長 cm 体重 kg

生年月日 (西暦) 年 月 日 年齢 歳

未成年者の場合、保護者氏名 ()

実際に住んでいる住所/ 郵便番号も必ず記入 (〒 —)

住所:

携帯電話番号 (固定電話×) (本人/その他)

ワクチン接種状況について

接種回数 回 (ワクチン未接種の方は0と記入)

最終接種日 年 月 日

最終接種ワクチンメーカー (ファイザー / モデルナ /その他)

既往歴 悪性疾患・高血圧・糖尿病・呼吸器疾患・心疾患・妊娠中・授乳中

その他具体的に []

服用中の薬: 常用薬 頓服薬

薬剤・食品アレルギーが出たことがある方は、具体的に記載してください。

・喫煙 する/しない 本/日 × 年

・飲酒 する/しない 毎日 /週 回 程度

以下に受診するまでの症状経過について記載してください。

① 発熱 (あり/なし) 月 日 から

② 咳/痰 (あり/なし) 月 日 から

③ 全身倦怠感 (あり/なし) 月 日 から

④ 頭痛 (あり/なし) 月 日 から

⑤ 咽頭痛 (あり/なし) 月 日 から

⑥ その他() 月 日 から

以下医療機関が記入

抗原検査 (+ / -), PCR (鼻咽頭 / 唾液), SpO₂ %