再診用　問診票

令和　　年　　月　　日

お名前　（患者様）		歳

身長　　cm　体重　　kg　　体温　　℃

1.現在一番つらい（または心配な）症状は何ですか？

2.いつからぐあいが良くないですか？

（日、週間、ケ月、年）前から

3.現在飲んでいる薬はありますか？

ない　ある→　　どんな薬（名前など）ですか

4.飲めない（あるいは苦手な）薬はありますか？

ない　ある→　　錠剤、カプセル、シロップ、粉薬、漢方薬　その他

5.検査や治療に関しましてご要望、ご質問がありましたらお書き下さい。

かぜ症状（鼻水、咳、のどの痛み、熱など）ある方は以下も御記入ください。

発熱	１週間以内に発熱がありましたか？ いいえ　はい→ 最高体温：　　℃　始まった日：　　月　日　　平熱にもどった日：　　月　日 １週間以内に同居者で発熱している（いた）方がいますか？ いいえ　はい→ 祖父母　父母　兄弟姉妹　妻　夫　子ども　他具体的に

コロナ	新型コロナに感染した事がありますか？ ない　ある→　いつ:　　年　　月頃 新型コロナのワクチンをした事がありますか？ ない　ある→　回数：　　回接種　　最後に受けた日：　　年　　月　　日頃 1週間以内に感染者と接触がありましたか？ ない　ある→　感染者：（同居者　入居施設　職場　学校　保育施設　会食　イベント　その他） 1週間以内にコロナの検査を行いましたか？ いいえ　はい→ いつ：　　月　日　　検査の種類：（PCR　抗原）　結果：（陰性　陽性　検査中） どこで：（自主検査　病院　クリニック）

インフル	１年以内にインフルエンザに感染しましたか？ いいえ　はい→ いつ:　　年　月頃　　種類：（A型　B型　不明） １年以内にインフルエンザのワクチンをしましたか？ いいえ　はい→ 回数：　　回接種　　最後に受けた日：　　年　　月　　日頃 1週間以内に感染者と接触がありましたか？ ない　ある→　感染者：（同居者　入居施設　職場　学校　保育施設　会食　その他）