**問診票**令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 男性　　　　女性 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 大　昭　平　令　　年　　月　　日（満　　歳） |
| 住　　所 | 〒 |
| 自宅電話番号　 | 携帯電話番号 |
| メールアドレス |
| 現時点の居所 | 同上　もしくは他〒 |
| 職　　業 |  | 勤務先、学校等 |  |
| 身　　長 | 　　　　　　㎝ | 体　　重 | ㎏ | 今の体温 | ℃ |
| 同居家族 | □あり（高齢者・基礎疾患者・免疫抑制状態者・妊娠者・医療従事者等）　□なし |
| 症状にチェックと新型コロナ患者と濃厚接触について | * 咳・鼻水
 | いつから・どの程度 |
| * 発熱
 | いつから・どの程度 |
| * 全身倦怠感
 | いつから・どの程度 |
| * 呼吸苦
 | いつから・どの程度 |
| * 味覚・嗅覚異常
 | いつから・どの程度 |
| * その他の症状
 |  |
| 濃厚接触　□あり　□なし | ありの方は、いつ・どこで・だれと |
| 基礎疾患の有無 | □糖尿病　□高血圧　□脂質異常症（高コレステロール血症）　□脳血管疾患□認知症　□心不全　□呼吸器疾患（COPD等）　□免疫抑制剤の使用□抗がん剤の使用　□透析治療中□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病気、けがによる入院や手術の有無 | □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□なし　　　 |
| 薬や食べ物によるアレルギーの有無 | □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□なし　　　 |
| 喫煙の有無 | □あり　　　　　□なし | 喫煙歴の有無 | □あり　　　□なし |
| 妊娠の有無 | □あり（　　　ヶ月）　　□なし |
| ご本人以外の連絡先 | ふりがな |  | 続　柄 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 自宅電話番号 | 携帯電話番号 |
| メールアドレス |