Date	
ID	

新型コロナ・インフルエンザに関する問診票

①　下記の方との接触・もしくは身近での流行はありますか

インフルエンザ　　なし　・　あり（場所など：　　）
新型コロナ　　なし　・　あり（場所など：　　）

②　今回の症状に対して下記の検査を当院以外で行いましたか（自宅を含む）

インフルエンザ
行っていない　・　行った（　陰性　・　陽性　）[いつ:　　、どこで:　　]

新型コロナ
行っていない　・　行った（　陰性　・　陽性　）[いつ:　　、どこで:　　]

③　新型コロナウイルス感染症にかかったことがありますか

車で待機の場合記入	
車種	
色	
ﾅﾝﾊﾞｰ	

なし　・　あり（　　回、直近の感染　　年　　月）

④　症状がでる前の１週間以内に海外渡航歴はありますか

なし　・　あり（　　）

⑤　下記のワクチンを接種しましたか

インフルエンザワクチン　　していない　・　した（１年以内）
新型コロナワクチン　　していない　・　した（　　回）

⑥　下記の中で当てはまる症状があれば丸でかこってください（複数可、本日は０日）

発熱（　　日前から、最高[　　]度）、咳（　　日前から）、鼻水（　　日前から）、

のどの痛み（　　日前から）、吐き気（　　日前から）、下痢（　　日前から）

⑦　身近で流行している感染症があれば丸でかこってください（複数可）

溶連菌、アデノウイルス、胃腸かぜ、マイコプラズマ、おたふく、リンゴ病、ヘルパンギーナ

＊　診察は問診票を確認しながら行いますが、上記と同様の質問をさせていただく事もあります。

体温：＿＿＿＿＿＿＿＿　　あなたの名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身長：＿＿＿＿＿ｃｍ　　体重：＿＿＿＿＿ｋｇ　　携帯番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

喫煙：＿なし　・　あり＿＿　　妊娠中ですか（女性の方のみ）：＿いいえ　・　はい＿＿