

<問 診 票>

氏名： _____ 年齢： _____ 才 携帯番号： _____
生年月日： _____ 年 月 日生 _____ 車のナンバー： _____

該当するものに、○をつけてください。また、記入箇所にご記入下さい。

1. 発熱（現在： _____ °C） ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり
頭痛 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 息苦しさ ・ 発疹 ・ 強いだるさ（倦怠感）
においを感じにくい、または、感じない ・ 味を感じにくい、または、感じない
その他（ _____ ）

2. その症状や発熱は、いつからですか？
（ _____ ）

3. 現在治療中の病気はありますか？
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 喘息
その他（ _____ ）

4. インフルエンザワクチン予防接種について
今期 2020年10月以降 接種済（接種日： _____ 月 _____ 日ごろ） ・ 未接種

5. 数カ月以内に海外への渡航歴はありますか？
有 ・ 無
有の場合
① いつごろ _____ ② どこへ _____
（ _____ ） （ _____ ）

6. 家族や職場で発熱者はいますか？
いる ・ いない

7. 2週間以内に、バー・ナイトクラブ・カラオケ・ライブハウス・ジムなど、
人が密集するような施設を使用しましたか？
また、10人以上集まるイベントや会合に参加しましたか？
あり ・ なし

記入が終わりましたら

FAX (049-277-1222)、又は、メール送信 (omc-ijika@bz01.plala.or.jp) を
して下さい。その後で、お電話 (049-277-1119) をお願いします。

※問診票にご記入頂いた情報は、診療を行う目的以外には使用致しません※