

<問 診 票>

ふりがな：

氏名： _____ 年齢： _____ 才 _____ 携帯番号： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生 性別： _____ 車のナンバー： _____

住所：〒 _____

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
2021年10月以降 → 接種済（接種日： _____ 月 _____ 日ごろ） or 未接種

5. 新型コロナワクチン予防接種について → 接種済（下記に日付記載下さい） or 未接種
1回目（接種日：2021・2022年 _____ 月 _____ 日ごろ） 種類：ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
2回目（接種日：2021・2022年 _____ 月 _____ 日ごろ） 種類：ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
3回目（接種日：2021・2022年 _____ 月 _____ 日ごろ） 種類：ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ

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

7. 家族や職場で発熱者はいますか？ → いる or いない

8. 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？
→ 有 or 無

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。

保険証確認も行いますので、FAX、又は、メール送信（写真）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※

越生メディカルクリニック

2022.1.18