

問 診 票

No. _____

| | | | | |
|------------|-------------------------------|------|----|------------|
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | 西暦 | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | 携帯番号 | | |
| | | 体重 | kg | (※お子様のみ記入) |
| 車(色) | 周りにコロナ罹患者の方いますか? いる いない (続柄) | | | |

◆ ワクチン接種回数 回

直近に接種した新型コロナワクチン

1 ファイザー 2 モデルナ 3 アストラゼネカ 4 ノババックス 5 不明 6 その他()

◆下記の症状はありますか? 当てはまるものに○をつけてください

- 発熱 (度)
- 咳 鼻水 痰 喉の痛み 嘔吐 下痢 息苦しさ 頭痛 関節痛
- 味がわかりにくい においがわかりにくい
- その他症状 []

◆その症状はいつ頃からありますか?

◆治療中の病気はありますか? 当てはまるものに○をつけてください

高血圧 糖尿病 呼吸器疾患 心臓病 腎臓病 その他()

※免疫抑制剤・抗がん剤の使用 あり・なし

◆アレルギーはありますか? あり・なし

具体的に()

◆ 女性の方で、当てはまる方は☑をおねがいします。

妊娠中(カ月) 授乳中 妊娠の可能性がある

 看護師記入欄
 クイックチェイサー ラビットテスタ イムノエース アンスペクトコーワ クリニテスト その他