

感染症外来問診票

- ① 受診する方のお名前 _____
② 診察券番号 _____

*1年以内に当院受診されたかた③～⑥は省略可能です。

- ③ 生年月日 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
④ 住所 _____
⑤ 日中連絡がつく電話番号 _____
⑥ 学校名・園名 _____

現在の症状

発熱 () ° 頭痛 喉の痛み 咳、痰 鼻水、鼻詰まり 倦怠感
食欲低下、嘔気、嘔吐 下痢

主な症状の始まった日時

月 日 時頃

周囲（家族、学校、園）の感染症

コロナ インフルエンザ その他

現在治療中の疾患

薬剤アレルギー 有り () 無し

現在の体重 (40kg 以下の方) () Kg

その他伝えておきたい事、自宅での抗原キット検査の結果等は以下にご記入ください。