



問 診 票



野村クリニック

				記入日：令和 年 月 日	
ふりがな		男	生年	大正：昭和：平成：令和	年齢
お名前		女	月日	年 月 日	才
ご住所	〒 - -			ご職業	
携帯番号	- -		固定番号	- -	

◆ コロナワクチン接種歴 未接種 1回目(/) 2回目(/)

◆ 症状はいつ頃からですか？

[]

最も高い体温	現在の体温
℃	℃

◆ どのような症状ですか？

発熱 頭痛 倦怠感 関節痛 のどの痛み

痰が出る(色：) 鼻水 鼻づまり

臭いの異常 味覚異常

咳が出る 咳が出だした頃から熱が出ていた

以前から、風邪をひくと咳が長引く

気管支喘息や、咳喘息と診断されたことがある

夕方から咳が増える 夜中に咳で起きる

吐き気 嘔吐 腹痛 下痢

その他の症状

[]

◆ 現在継続して治療している病気はありますか？

なし あり [病名：]

服用薬： []

◆ アレルギーは、ありますか？

なし あり []

◆ タバコを吸っていますか、あるいは吸っていましたか？

なし あり 過去に喫煙歴あり

◆ 女性の方にお伺いします

現在妊娠は なし あり ヶ月 可能性あり

↓ PCR検査をご希望の方は、患者様にご連絡がつかない場合の連絡先をご記入下さい

同居家族	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態者 <input type="checkbox"/> 妊娠者 <input type="checkbox"/> 医療従事者) <input type="checkbox"/> なし			
患者本人以外の連絡者	ふりが		患者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父・母 <input type="checkbox"/> 息子・娘 <input type="checkbox"/> その他
	氏名		電話番号(連絡先)	

※ ご記入いただきまして、ありがとうございます。