

けいクリニック 問診票

以下 ご記入をお願いします。

令和6年1月3日

連絡先 携帯電話番号					
住所	浜松市 中央区・浜名区・天竜区				
	浜松市以外				
フリガナ					
氏名				性別	男・女
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	() 歳
体重		Kg			
喫煙歴	1日	本	x	年間	なし
既往歴	高血圧症、糖尿病、脂質異常、心筋梗塞、腎臓病、気管支喘息 アレルギー性鼻炎、骨粗鬆症 *該当するものに○ その他 ()				
今までからだに合わなかった薬					
コロナ・インフルエンザ感染歴		コロナ	令和 () 年	今期のインフル A・B	
新型コロナワクチン接種歴		なし・あり () 回			
今期のインフルエンザワクチン接種歴			なし・あり		
周囲感染症の流行状況	なし	インフルエンザA・B		コロナ	感染性胃腸炎 その他
症状	発熱 () 日 () 時 () °C		頭痛 () 日より		
	咳 () 日より		咽頭痛 () 日より		
	鼻汁 () 日より		倦怠感 () 日より		
	下痢 () 日より水様・泥状		腹痛 () 日より		
	はきけ・嘔吐 () 日より				
コロナ・インフルエンザ迅速検査希望 (発熱後12時間以上経過している場合)		なし ・ あり			
その他 心配なこと 希望					