



感染症用 問診票

せせらぎクリニック Seseragi Clinic

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日	歳
お名前							
電話番号()	-	携帯番号	-	-			

※個人情報 は 当院で 定めた 利用目的の 範囲で 使用し

体温: 度 身長: cm 体重: kg

1.どのような症状ですか？(具体的にお聞かせください。)

2.その症状はいつ頃からですか？

3.最近2週間で感染したかもしれない心当たりはありましたか？

あれば 学校・保育園、職場、旅行・遊びに行ったところなど具体的にお書きください

4.ここ最近、コロナ・インフルなど感染症の方と接触しましたか？

ない・ある…何の感染症か、どこで、どのように接触したか具体的にお書きください

5.最近他の病院や自分でコロナ・インフルの検査した結果もあれば書いてください

過去にコロナの感染がありますか？もしあれば いつ、何回が書いてください

6.最近感染しやすいとされる集団行動、長時間の飲食などをされましたか？

ない・ある… 場所、日時、誰と何人など書ける範囲で具体的にお書きください

7.車で来院された方へ。車種、ナンバー、色など特色を書いてください