



# 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	大・昭・平	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します。

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週間で和歌山市以外の地域にいきましたか？

していない・している… 旅行、通勤、通学など具体的に場所や頻度をお書きください

4.ここ最近、なにか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.最近コロナウイルスに感染しやすいとされる夜の街、長時間の飲食をされましたか？

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

6.他になにか心配なこと、言っておきたいことがあれば何でも書いてください

7.車で来院された方へ。車へ行くかもしれないので車種、ナンバー、色など特色を書いてください