

電話用問診票 保健所 カルテ No.

受付年月日：平成 2 年 月 日 午前・午後 時 分

来院予約年月日：平成 2 年 月 日 午前・午後 時 分

氏名： 男・女 生年月日： 年 月 日

住所：

携帯連絡先： ()

身長： cm、 体重： kg、 喫煙歴： 本/日

自覚症状：いつからか、どうなったか、

発熱：

空咳：

倦怠感：

呼吸苦・息切れ：

嗅覚・味覚障害：

濃厚接触歴：

医療機関受診歴：

医療機関名：

検査：X P、C T、採血、 処方：抗生剤、解熱剤、鎮咳剤

女性：妊娠およびその可能性：