

# 後遺症外来・問診表

体温	℃
平熱	℃

フリガナ:

名前: 性別: ( 男 ・ 女 )

生年月日: 年 月 日 (年齢: 歳)

住所: 〒

携帯番号:

- ・ワクチン接種日: 1回目 ( / / ) 2回目 ( / / ) 3回目 ( / / )
- ・ワクチン種類 1・2回目 (ファイザー モデルナ アストラゼネカ)
- ・ワクチン種類 3回目 (ファイザー モデルナ アストラゼネカ)

**【症状】** ( ) には症状開始日を記入して下さい、大体の年月で大丈夫です。

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 倦怠感 ( )   | <input type="checkbox"/> 手足の痺れ ( )     |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 ( )    | <input type="checkbox"/> 不眠 ( )        |
| <input type="checkbox"/> 皮膚症状 ( )  | <input type="checkbox"/> うつ傾向 ( )      |
| <input type="checkbox"/> 集中力低下 ( ) | <input type="checkbox"/> 歩行異常 ( )      |
| <input type="checkbox"/> 嘔気・下痢 ( ) | <input type="checkbox"/> 食欲低下 ( )      |
| <input type="checkbox"/> 発熱 ( )    | <input type="checkbox"/> 疼痛 ( ) 部位 ( ) |
| <input type="checkbox"/> その他       |  |

( )

**【治療歴】** 上記症状に対して、通院・治療・検査歴があればいつ頃かも合わせてご記入ください。

- ・通院 ( )
- ・治療 ( )
- ・検査 ( )

**【当院での希望】**

- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 検査希望   | <input type="checkbox"/> 処方希望    |
| <input type="checkbox"/> 点滴希望   | <input type="checkbox"/> 相談のみ希望  |
| <input type="checkbox"/> 他院紹介希望 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |

**【来院きっかけ】** ○して下さい。

- ・Twitter
- ・Instagram
- ・Facebook
- ・有志医師の会
- ・知人の紹介 ( )
- ・こっち側の店
- ・その他※詳しく ( )

ご記入が済みましたら受付にお渡しください、ご協力ありがとうございました。