

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 (202 / /) 2回目 (202 / /) 3回目 (202 / /)
4回目 (202 / /) 5回目 (202 / /) 6回目 (202 / /)
- ・ワクチン 1・2回目 (ファイザー モデルナ アストラゼネカ)
- ・ワクチン 3回目 (ファイザー モデルナ アストラゼネカ)
- ・ワクチン 4回目 () ・ワクチン 5回目 () ・ワクチン 6回目 ()

【症状】 () には症状出現日、現在症状がないものは治まった日も記入してください。

- | | |
|------------------------------------|--|
| <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】 ○してください。

- ・ 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。