**オンライン問診票**

**令和　　年　　月　　日　　記載**

**お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　男性・女性　　体重　　ｋｇ**

**フリガナ：**

**生年月日：　　　　　年　　月　　日**

**住所：**

**〒**

**電話番号（できれば携帯番号）：**

**お勤め先・学校名：**

**自主検査キット名：**

**発病年月日:　　月　　日**

**症状：**

**・熱　　℃　　・咽頭痛**

**・頭痛　　・倦怠感　　・筋肉痛　　・息切れ**

**・その他**

**喫煙：有　・　無**

**直近のワクチン接種は？**

**年　　月　　日**

**ワクチンの種類**

**モデルナ・ファイザー**

**現在服用中の薬名**

**感染源と考えられることは？**

**以上の質問にお答えを記入して、抗原キットの自主検査結果と保険証の画像を添付して、**

[**Clin.Ishizuka@gmail.com**](mailto:Clin.Ishizuka@gmail.com)**に送りください。**

**医療法人慶信會石塚醫院**