

発熱外来 問診票

受診日： 年 月 日

問診票のご記入にご理解ご協力お願いいたします。

※色のついている部分はスタッフ記入欄ですので、記入しないでください。

検査	PCR	コロナ抗原	インフル	自宅検査キット (/)	SpO2
結果				コロナ・インフルA・インフルB・陰性	

カルテID	生年月日	大・昭・平	年	月	日 (歳)
フリガナ	今日の体温	°C	最高体温	°C	(/)
氏名	(男・女)	職業			
住所 〒	携帯電話 ()				

1、自宅や他院でコロナ、インフルの検査はしましたか？

・はい (検査日： 月 日) コロナ (陽性・陰性) インフル (A・B・陰性) ・いいえ

2、現在の症状について

※発熱から時間が経過していないと検査結果に影響があります

 37°C以上の発熱がある (月 日)から °C のどが痛い (月 日)から 咳がでる (月 日)から 呼吸が苦しい 痰がでる 鼻水がでる 頭痛がある 関節痛がある 体がだるい 吐き気、嘔吐がある 下痢をしている その他の症状があればお知らせください () 上記症状で市販薬の服用はありますか？ (なし・あり 薬品名) 上記症状で他院受診はありますか？ (なし・あり 病院名)

3、同居の方や職場で1週間以内に新型コロナウイルス、インフルエンザと診断された人はいますか？

・いいえ

・はい (新型コロナウイルス・インフルA・インフルB)

4、既往歴について

①・(初診の方のみ) 今までに大きな病気、治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

はいと答えた方

病名 歳 (治癒・治療中) 内服薬：

病名 歳 (治癒・治療中) 内服薬：

病名 歳 (治癒・治療中) 内服薬：

※おくすり手帳をお持ちの方はご提示ください

・喘息と言われたことがありますか。 (はい・いいえ)

・花粉症はありますか。 (はい・いいえ)

②・新型コロナウイルスの罹患歴 (なし・あり： 年 月)

・インフルエンザの罹患歴 (今シーズン) (なし・あり： 年 月)

5、今までにお薬で具合が悪くなったことがありますか？ (はい：薬剤名) ・いいえ

6、(女性の方のみ) 妊娠中ですか？ (はい： ヶ月・いいえ)

授乳中ですか？ (はい・いいえ)

7、当院を何で知りましたか？ 紹介 (他院・知人： 様・ご家族： 様) HP・SNS 看板・近所・駅からみえた その他 ()