

発熱外来問診票

受診日 R 年 月 日
 来院時体温： ℃ SpO₂： %

ID：

フリガナ 氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令		年	月 日 歳
住所	〒 市区町村			
今お持ちの 携帯番号	-	-	その他 連絡先	-

●該当する症状に○をしてください。またその症状がいつからいつまでありますか？

発熱	なし ・ あり [いつから / ~ 現在 ・ / まで]		最高体温 ℃ (/)		
症状	いつから	いつまで	症状	いつから	いつまで
せき ・ たん	/	現在 ・ /	鼻水	/	現在 ・ /
のどの痛み	/	現在 ・ /	頭痛	/	現在 ・ /
倦怠感	/	現在 ・ /	関節痛	/	現在 ・ /
嗅覚障害	/	現在 ・ /	味覚障害	/	現在 ・ /
腹痛	/	現在 ・ /	下痢 ・ 軟便	/	現在 ・ /
吐き気	/	現在 ・ /	嘔吐	/	現在 ・ /
その他					

●2週間以内に以下に該当する方は○をしてください。

- * コロナ陽性者との接触 なし ・ あり
- * インフルエンザ陽性者との接触 なし ・ あり

●煙草は吸いますか？

いいえ ・ はい→1日 () 本 喫煙期間 () 年間

●現在、治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ ・ 当院で治療中

病名または症状 ()

●現在、内服中の薬はありますか？ はい ・ いいえ

* お薬手帳のある方は提出してください。手帳がない方は下記にご記入ください。

薬の名前 ()

●アレルギーはありますか？

- ①薬のアレルギー はい ・ いいえ はいの方→ ()
- ②その他 ()

女性の方にお聞きします。

- 妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ
- 現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

ご記入ありがとうございました。近くのスタッフにお渡しください。