

【発熱外来問診票】

年 月 日 () : ~ :

ふりがな

ID : (新) 名前 : (男・女)

住所 :

生年月日 : 年 月 日 (歳) 電話番号 :

①当院をどのようにしてお知りになりましたか？

近隣 ホームページ 紹介 家族が通院 駅などの看板

②症状のあるものにチェックを入れ、症状が現れた日を()内にご記入ください。

発熱 (/) 時頃 その時の体温 °C
せき (/) 咽頭痛 (/) 鼻水 (/)
腹痛 (/) 関節痛 (/) 嘔吐 (/)
下痢 (/) 倦怠感 (/) 頭痛 (/)
その他に気になる症状 ()

③周囲にコロナウイルスと診断された方はいますか？ (はい・いいえ)

④周囲にインフルエンザと診断された方はいますか？ (はい・いいえ)

⑤予防接種についてお答えください。

・コロナワクチン【 年 月に 回目を 接種済・未接種 】
・インフルエンザワクチン【 接種済・未接種 】

⑥過去に診断された病気、現在治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

高血圧 糖尿病 脂質異常症 気管支喘息 心不全
その他の治療中の病気 ()

⑦薬のアレルギーはありますか？

はい (薬品名 :) ・ いいえ

⑧なにか気になることがあればご記入ください。

Empty box for additional notes.

病院記入欄

コロナ() インフル()	前田(高)・吉川・佐藤・前田(靖)・萩澤・大平
体温 °C SpO2 %	処方 (あり(院内・院外)・なし)