

発熱外来 問診票

受診日 : R 年 月 日

新型コロナウイルスの感染拡大を防ぐ為、問診票のご記入をして頂いております。

ご理解、ご協力の程、宜しくお願い致します。

当院受診歴	あり・なし	性別	生年月日	年齢		
ふりがな		男・女	年 月 日	歳		
氏名		現在の体温		体重 (14歳以下のみ)		
(保護者氏名)				kg		
住所	〒 -			【職業】		
検査結果連絡のとれる番号		スタッフ記入欄	PCR	抗原	インフル	溶連菌
携帯	- -	検査				
来院方法	□車 No. : 色 :		結果			
	□徒歩 □自転車 □送迎					
★携帯番号、車のナンバーは必ずご記入ください!★				SPO2		
					%	

以下の質問にお答え下さい

1) 熱はありますか?	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 本日から <input type="checkbox"/> 日前から (最高 度)
2) 該当する症状にチェックしてください		
<input type="checkbox"/> 該当する症状なし <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 食欲不振・低下 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき		
3) その他気になる症状はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()
4) 14日以内に感染者と接触しましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> コロナ/ <input type="checkbox"/> インフル)
	<input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他	
5) 現在治療中の病気はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> その他 ()
6) 食べ物や薬でアレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()
7) 喫煙していますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた
8) 女性の方: 妊娠中もしくは授乳中ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 / <input type="checkbox"/> 授乳中)
9) 希望する薬の形状はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 水薬)
10) 新型コロナにかかったことはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (いつ)
11) その他、聞きたい事、伝えたい事。		