

発熱外来 問診票 (初診・再診)

スタッフ使用欄
発熱ブース番号

コロナウイルス陽性の方と接触のある場合は、保健所に連絡して、保健所の指示に従ってください。

再診の方も、生年月日・電話番号ご記入ください。(同姓同名の方がいます)

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令	男・女
氏名			年 月 日	歳
ご連絡先の電話番号				
住所変更された方は、新住所				
身長	cm	体重	kg	(体重はお薬の量に関係します)
記入者の氏名		続柄		

保健所に連絡は(済み・していない)、保健所より濃厚接触の認定(無し・有り)、濃厚接触者との接触(無し・有り)、味覚(正常・異常)、嗅覚(正常・異常)、体調不良者との接触(無し・有り：どのような症状ですか_____)

いつからどのような症状がありますか？

現在体温は (_____ °C)

以下は該当する箇所に点を入れてください。 発熱最高値はいつ頃____、____°C
 下記症状はいつからですか____、関節痛 、頭痛 、咽頭痛 、倦怠感 、鼻水
 咳 、痰 、腹痛 、下痢 、吐き気 、嘔吐 、食事は摂れる 摂れない
 水分は摂れる 摂れない

他の症状：

一番つらい症状は：

検査等の希望

検査を希望する 、希望しない

症状はないが PCR 検査希望 (自費診療になります)

◇同じ症状で他院を受診されましたか？ 「はい」 ・ 「いいえ」
 _____年 _____月 _____日 病院名(_____ 外来・入院)
 お薬等の処方がありますか？ (_____)

◇現在、他の病院で治療中の病気、定期的にお薬等をもらっていますか？

※お薬手帳等がある方は受付時にお渡してください

病名 (_____)

お薬 (_____)

◇今までに手術をしたことがありますか？ 「はい」 ・ 「いいえ」
 _____年 _____歳 病名(_____)、 _____年 _____歳 病名(_____)

◇お薬、食べ物のアレルギーはありますか？ 「はい」 ・ 「いいえ」
 「はい」方は、その内容についてご記入ください
 (_____)

◇女性の方にうかがいます

妊娠中 授乳中 妊娠の疑いがある (最終月経 _____年 _____月 _____日)

※ご記入ありがとうございました。

症状により順番は前後する可能性があります。ご了承ください。

お薬手帳、診療情報提供書、診断書などお持ちの方は担当者にお渡してください。

スタッフ使用欄
Ver. 210329