

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
		電話番号		
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)

いつからどのような症状がありますか？

現在体温 (°C)

以下は該当する箇所に点を入れてください。 最高発熱(°C)

いつから()、関節痛 、頭痛 、咽頭痛 、
鼻水 、咳 、痰 、腹痛 、下痢 、吐き気 、嘔吐 、
他の症状：

一番つらい症状は：

検査等の希望

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. 210113