

発熱問診票 ※空欄のないようご記入下さい。(空欄があるとご案内までにお時間がかかります)

日付 _____

カルテ No. _____ / 初診

(フリガナ)

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

年齢 _____ 才 _____ 男・女

住所 _____

携帯電話 _____

本日検温時間 (:)

体温 _____ °C 体重 _____ Kg
※必ず記入

車のナンバー・色 _____

駐車場所 公園・受付前・薬局・地下

※順番にご案内します。こちらからお電話致しますので、電話はとれるようにしてください。

※電話がとれなかった場合は・・・

- ① 折り返しは不要です。
 - ② 再度かけ直します。
- お車や院外でお待ちください。

1、3日以内に当てはまる症状にチェックしてください

- 発熱 (_____ ~ _____ °C) 期間; _____ 月 _____ 日~
- 咳 発症日; _____ 月 _____ 日
- 咽頭痛 発症日; _____ 月 _____ 日
- 鼻汁 発症日; _____ 月 _____ 日
- 嘔気・嘔吐 発症日; _____ 月 _____ 日
- 下痢 発症日; _____ 月 _____ 日
- その他 (_____)

2、以下に当てはまるものにチェックしてください

- なし
- 3日以内に、本人が新型コロナウイルス患者と接した
- 以前、コロナに罹患した事がある (_____ 年 _____ 月頃)
- 既にコロナ検査をした(_____ 月 _____ 日) 検査結果 (陽性 ・ 陰性)
- 既にインフル検査をした(_____ 月 _____ 日) 検査結果 (陽性 ・ 陰性)

3、現在、治療中の病気にチェックをしてください

- なし
- 糖尿病 透析治療中 心不全
- 慢性呼吸器疾患 (_____) 免疫抑制剤・抗がん剤の使用
- その他 (_____)

4、以下もご記入ください

- 現在飲んでいる薬はありますか? なし あり (薬名 _____)
- 薬でアレルギーはありますか? なし あり (薬名 _____ 症状 _____)
- 卵・牛乳アレルギーはありますか? なし あり (卵・牛乳)
- (女性の方へ) 妊娠中ですか? いいえ はい (妊娠 _____ か月) ・ 授乳中
- 熱性けいれんを起こしたことは? なし あり (最終発作 _____ 歳ごろ)
- 薬の形で苦手なものはありますか? なし あり(シロップ・粉・錠・カプセル)

5、希望する感染症の検査はありますか?

(※院長の判断により、ご希望の検査ができない場合もございます。)

- 医師の判断にまかせる
- あり (インフルエンザ コロナ アデノ RS 溶連菌)

6、解熱剤を希望しますか? はい いいえ
(坐薬 粉 錠剤 シロップ)

問診者サイン

※記入後は受付へお出してください。問診があります。