

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置いてください。

※電話がとれなかった場合は、  
折り返しは不要です。再度、かけ直し致します。お車や院外でお待ちください。

※記入しないで下さい  
(医療機関使用欄)

## 1、3日以内に当たはまる症状にチェックしてください

- |                                      |      |   |   |   |
|--------------------------------------|------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 発熱 ( ~ °C ) | 期間:  | 月 | 日 | ~ |
| <input type="checkbox"/> 咳           | 発症日: | 月 | 日 |   |
| <input type="checkbox"/> 咽頭痛         | 発症日: | 月 | 日 |   |
| <input type="checkbox"/> 鼻汁          | 発症日: | 月 | 日 |   |
| <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐       | 発症日: | 月 | 日 |   |
| <input type="checkbox"/> 下痢          | 発症日: | 月 | 日 |   |
| □ その他 ( )                            |      |   |   |   |

## 2、以下に当たはまるものにチェックしてください

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

## 3、現在、治療中の病気にチェックをして下さい

- |                                      |  |                              |
|--------------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし          |  |                              |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病         | <input type="checkbox"/> 透析治療中         | <input type="checkbox"/> 心不全 |
| <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 ( ) | <input type="checkbox"/> 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 )         |
| 熱性けいれんを起こしたことは?  | なし  | あり ( 最終発作 年ごろ )      |
| 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。)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 医師の判断にまかせる                            |
| <input type="checkbox"/> 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ください。問診があります。