

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。

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 | |
| <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 3日以内に、本人がインフル・コロナウイルス患者と接した | |
| <input type="checkbox"/> 1年以内に、インフル (月頃) ・コロナ (月頃) に罹患した | |
| <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ください

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|--|
| <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 |
| <input type="checkbox"/> 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。)

- | | |
|--|--|
| <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) | |
| <input type="checkbox"/> なし | |

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。