

初診・体調不良・発熱している方 対象 問診票

記入日:	年	月	日
ID:			

氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢	歳
----	--	----	---	----	---

【体温について】

現在の体温	°C	発熱している方	日から	日まで	最高体温	°C
-------	----	---------	-----	-----	------	----

以下の症状・状態で該当するものに チェックをして下さい。また、下線や()内に○やご記入をお願いします。

【現在の症状】

- | | | |
|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> 咳が出る | <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり | <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 痰が出る | <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 | <input type="checkbox"/> 飲めない |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 食べられない |
| <input type="checkbox"/> 体がだるい | <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 味がわからない・わかりにくい |
| <input type="checkbox"/> においがわからない・わかりにくい | | <input type="checkbox"/> その他の症状あり |
| <input type="checkbox"/> 鎮痛剤・解熱剤・風邪薬を服用している | | |

【最近の行動について】

- 2週間以内の渡航歴がある
- 2週間以内に人の集まる所(例: イベント・カラオケ等)に行っている
※上記の詳細(日時・場所・どのような集まりか)をご記入下さい
-
- 公共交通機関(バス・電車・タクシー・飛行機)の利用している

【新型コロナウイルスについて】

- 1) ・コロナウイルス感染の検査をしたことがあるか
・上記検査はいつ頃か ()
- 2) ご家族・身近にコロナウイルス感染と診断された方はいるか
 はい いいえ (いつ・誰が)

【その他】

- 1) 過去の治療(手術)、現在治療中の病気・健診などでなにか指摘されたことがあるか。
①なし ②あり回答の方(高血圧・心臓病・糖尿病・脳出血・脳梗塞・前立腺肥大・喘息・がん)
②あり 上記以外
- 2) お薬手帳はあるか (薬を飲んでいる場合は薬名をご記入ください)
 ある ない 薬名:
- 3) アレルギーはあるか、また薬や食品で具合が悪くなったことがあるか。
①なし ②あり回答の方 薬名:
②あり 食品・その他:
- 4) 女性の方へ妊娠の可能性はあるか
 ない ある わからない

◇◇ この頁は、ご説明となりますので印刷・提出は不要です ◇◇

発熱等のかぜ症状のある方 対象の問診票です

ただし、**完全予約制**です。
受診当日、必ずお電話にて予約をお願いします

発熱外来 月曜日 ～ 金曜日（祝日除く）
14時～
予約受付 当日8時30分から電話にて受付

また、①②の方は、**診療申込書**も同様に印刷、記入し受付時に提出ください
①初めて受診をされる方
②久しぶりの受診の方 *6か月以上、受診のない方

健康保険証のご提示も必要となりますので、お忘れなくお持ちください
*マイナンバーカードも対応可能です

* 記入の際に不明点がありましたら、来院時に受付時にご確認ください