

発熱・かぜ様症状用 問診票

令和 年 月 日

フリガナ	生年月日	年	月	日	歳
氏名	(男・女)	携帯電話番号			
住所 〒 -					
保護者または付添者氏名	続柄				
携帯電話番号					
・身長	cm	・体重	kg	・来院時体温	°C

▶現在の症状について、わかる範囲でよいので記入をお願いいたします。

37°C以上の発熱	なし・あり	月	日から	最高体温	°C
-----------	-------	---	-----	------	----

該当の症状にチェックしてください。症状の下に、いつ頃からか(日時)を記入してください。

- 該当する症状なし
- 呼吸が苦しい 咳 のどの痛み 嗅覚異常 味覚異常 鼻水 下痢
- 腹痛 吐き気 嘔吐 関節痛 だるい 頭痛 めまい ふらつき
- その他：症状→ ()

- ・食事は食べられていますか？ (はい・いいえ)
- ・水分は飲めていますか？ (はい・いいえ)
- ・市販薬を服用しましたか？ (いいえ・はい：いつ頃 どのような薬)
- ・今回の症状で他院を受診しましたか？ (いいえ・はい)
はいの方→ (いつ頃 検査 処方)

- ▶新型コロナウイルスにかかったことがありますか？ 年 月 日
- ▶今回の症状で、コロナ検査を受けていますか？
いいえ・はい (検査日： 年 月 日 陽性・陰性) (抗原・PCR) (市販・病院)

- ▶新型コロナウイルスワクチン接種しましたか？
いいえ・わからない
はい → 接種回数： 回 最終接種日： 年 月 日
ファイザー・モデルナ・その他：

- ▶近くに直近2週間以内に新型コロナウイルスやインフルエンザと診断された人はいますか？
いいえ・はい： 新型コロナウイルス・インフルエンザ
診断日： 月 日
誰：同居人()・職場など()

- ▶現在治療中の病気はありますか？該当している場合チェックをし、記入をお願いします。
 慢性閉塞性肺疾患 心疾患 高血圧症 腎疾患 脂質異常症 悪性腫瘍
 免疫不全 血液疾患 糖尿病 その他病名 ()

- ▶過去に大きな病気や手術の経験はありますか？ (なし・あり) ()

- ▶現在飲んでいるお薬：なし・あり (お薬名：)

- ▶妊娠中ですか？ (いいえ・はい：現在 週目)

- ▶授乳中ですか？ (いいえ・はい)

- ▶アレルギー：なし・あり ()

●個人情報の取り扱いについて 当院では誤認防止などの安全管理上、患者様をお名前でお呼びいたします。

万が一、これを希望なさらない場合はあらかじめ当院職員にお申し出下さい。その他、個人情報保護につきまして方針、利用目的など掲示物などでご確認ください。

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。