

【発熱外来問診票】

内科

受診日 年 月 日

ID

氏名

性別 男 女

年齢 歳

本日の体温 ℃

SPO2

% (スタッフ記入)

下記症状であればまるものに✓してください。

- 発熱 熱の始め 月 日 時頃 (最高体温 ℃)
- 咳 痰 咽頭痛 (のどの痛み)
- その他 ()

下記検査を希望しますか？

- コロナ抗原検査希望
- インフルエンザ検査希望
- 検査希望なし

症状が出始めたのはいつですか？

月 日 他院受診あり

身近な方で感染症の方はいますか？

- いない いる 続柄 () 感染症名 ()

現在治療中の病気はありますか？ あてはまるものに✓してください。

- なし あり ()
- * 医療機関名 () 受診日 (頃) 治療内容 ()
- * 医療機関名 () 受診日 (頃) 治療内容 ()

これまでに大きな病気にかかったことはありますか？(入院や手術を要する病気等)

- なし あり

病名 () 医療機関名 () 受診日 () 治療内容 ()

病名 () 医療機関名 () 受診日 () 治療内容 ()

使用している薬はありますか？ あてはまるものに✓してください。

- なし あり () お薬手帳 持参 なし

アレルギーはありますか？ あてはまるものに✓してください。

- なし あり 薬 ()
- 食べ物 ()
- その他 ()

喫煙歴はありますか？

- なし あり (1日 本) (年数 年)

女性の方 妊娠中ですか？ 妊娠の可能性はありますか？

- いいえ はい (かかけ 当院 他院) 妊娠 週

女性の方 授乳中ですか？

- いいえ はい

スタッフ記入欄

【検査・処置】

- コンボ コロナ () インフルエンザ ()
- 血液検査 尿検査 X-P CT
- その他 ()