

車 待合テント 救外点滴室

発熱外来問診票

令和 6 年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	() 歳
氏名	(男・女)	電話番号	()	-			
		携帯電話	-	-			
住所	〒 -						

1. 症状を教えてください。

現在の体温

コロナワクチン接種回数

℃

回

- 発熱 (最高体温 ℃ 月 日) のどの痛み 咳 たん 鼻水 呼吸苦
体がだるい 頭痛 関節痛 嗅覚障害 味覚障害 しびれ 嘔気 嘔吐 腹痛 下痢 寒気
その他

コロナ (感染日:) インフルエンザ (感染日:)

職員記入欄【濃厚接触者・保険(申請中・忘れ・未加入)・自費(¥)・法人・前検・透析・職員】

2. 症状はいつからですか? (月 日 頃から)
3. 一週間以内に人の集まる場所に行きましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (場所:)
4. 周りで新型コロナウイルスと診断された方はいますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (関係:)
5. 周りでインフルエンザと診断された方はいますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (関係:)
6. 食物またはお薬のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:)
7. 治療中のご病気、又は該当する項目はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (下記もご記入ください。) <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (COPD等) <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI 30以上) <input type="checkbox"/> その他 ()
8. 現在、服用 または 使用しているお薬はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:) <input type="checkbox"/> 当院
9. 現在、喫煙はしていますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本数: /日)
10. 妊娠中または妊娠の可能性はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (か月)
11. 授乳中ですか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
12. お車について 車種など () 色 () 車両ナンバー () 《駐車場所》受付テント前・調剤薬局側・第1駐車場(手前・真ん中・奥)・第2駐車場 ※診察や会計等、お車にスタッフが伺います。正確に記入をお願いします。

※発熱外来を受診される方は医師の指示のもと、原則検査を行います。