

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 °C 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

職員記入欄 【 保険 (申請中・忘れ・未加入) ・ 自費 (¥ ) ・ 法人 ・ 透析 ・ 職員 ・ 職員家族 ・ 接触 】

- コロナ感染 ( 回 ) 3か月以内 インフルエンザ ( 有 ・ 無 )  
直近の感染日 ( 年 月 日 ) 感染日 ( 年 月 日 )

◆希望の検査に○を記入をお願いします。 コロナ ・ インフル ・ 両方 ・ 既に陽性の為  
(一度の検査でコロナ・インフル同時に検査できます) 検査希望なし

2. かかりつけ医ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3. 症状はいつからですか？ ( 月 日 頃から)	
4. 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: )
5. 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: )
6. 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: )
7. 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: )
8. 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 (
9. 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
10. 現在、喫煙はしていますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本数: /日)
11. 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 ( 月 )
12. 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
13. 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。