

発熱問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日
氏名	様 男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒 ー	
TEL☎	()	携帯 ー ー

■症状を○で囲んで下さい。()にはいつからどれくらい症状があるかご記入ください。

- ・発熱 (体温: °C)
- ・咳 ()
- ・頭痛 ()
- ・咽頭痛 ()
- ・鼻水 ()
- ・鼻づまり ()
- ・下痢 ()
- ・嘔吐 ()
- ・味覚障害、嗅覚障害 ()
- ・関節痛 ()
- ・その他 ()

■家族や周りの方で同様の症状または、コロナ陽性の方はいらっしゃいますか？

はい ・ いいえ それは誰ですか？ ()

■コロナ陽性の場合抗ウイルス薬の処方を希望しますか？

はい ・ いいえ

■過去または現在で当てはまるものがあれば○をつけてください。

高血圧 糖尿病 高脂血症 脳梗塞 心臓病 腎臓病 肝炎
緑内障 結核 前立腺肥大 癌 ぜんそく

その他の病名 ()

■服用中の薬はありますか？

はい ・ いいえ (薬品名:)

■今までアレルギー (薬や食べ物) ・特異体質といわれたことがありますか？

はい ・ いいえ (何のアレルギーですか？)

■飲み薬、注射薬で具合が悪くなったことはありますか？

はい ・ いいえ (薬品名:)

■タバコ 吸わない ・ 吸う (1日に 本、約 年)

■酒 飲まない ・ 飲む → 週 () 回、どれくらい？ ()

■妊娠の可能性はありますか？ : はい ・ いいえ 授乳中ですか？ : はい ・ いいえ

※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。