

発熱問診票

※当院の職員は部署名()職種()・職員家族

ID	来院時間	時	分	身長	体重
フリガナ 名前	薬の副作用	無	有()		
	アレルギー	無	有()		
生年月日	年	月	日	本人様携帯番号	家族名前(続柄) 携帯番号
年齢	歳	男	女		
来院手段	車	公共交通機関	他()	※携帯電話は楽天モバイルですか?(はい ・ いいえ)	
新型コロナウイルスにかかったことがありますか? はい(年 月) いいえ	住所				
1 いつからの熱ですか? 月 日から 最高(度) 特になし					
2 発熱以外の症状はいつからですか? 月 日 特になし 症状に○を付けて下さい 咳 痰 呼吸苦 だるさ 味覚障害 嗅覚障害 咽頭痛 鼻水 関節痛 頭痛 下痢 嘔吐 その他()					
3 ご自身のまわり(職場や学校・家族)に発熱している方はいますか? あり(家族 職場 学校) なし					
4 ご自身のまわり(職場や学校・家族)にPCR検査をした方はいますか 陽性 陰性 不明 あり(家族 職場 学校) なし					
5 コロナワクチンを接種しましたか? はい(回目終了 いつごろですか 年 月頃) いいえ					
6 今回の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか? はい いいえ					
7 1ヶ月以内に海外に行きましたか はい(場所) いいえ					
内服中の薬はありますか? はい(当院・他院) いいえ 薬手帳持参 有 無					
今まで大きな病気をされたことはありますか? はい いいえ					
タバコについて 吸う(1日 本) 吸わない 禁煙した(頃から)					
女性の方のみ 妊娠していますか? はい いいえ 可能性がある 授乳していますか? はい いいえ					
本日マイナンバーカードの保険証を利用されましたか はい・い はいの方 → 「診療情報取得」に同意されましたか はい・い					
現在、他の医療機関に通院されていますか <input type="checkbox"/> 通院なし <input type="checkbox"/> 通院中(医療機関 受診日 治療内容)					
この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受けられましたか (40才以上の方のみ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい *マイナンバーカードの保険証による情報取得に同意された場合省略可能					
本日他科受診の希望はありますか? 総合診 外科 皮膚科 形成外科 眼科 産婦人科 耳鼻科 整形外科 泌尿器科					
ここから下は病院スタッフが記入します				濃厚接触者 はい いいえ 不明	
待機場所 車・救急部待合・救急処置室・観察室テント・講堂				本日家族が発熱外来受診 あり(人) なし	
体温 度 血圧 / mmhg 脈拍 回/分 Spo2 %					医療者サイン

2024.12

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・活用することで、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いいたします。
初診時には医療情報取得加算(1点)がかかります。