

発熱・感冒症状問診票												
※当院の職員は部署名()職種()・職員家族												
フリガナ 名前		来院時間		時	分	身長		体重				
		薬の副作用		無		有()						
		アレルギー		無		有()						
生年月日		年	月	日	年齢		歳	男・女				
・1ヶ月以内に海外に行きましたか はい(場所) いいえ ・新型コロナにかかったことがありますか? はい(年 月) いいえ												
1 いつからの熱ですか? 月 日から 最高(度) 特になし 解熱剤は服用しましたか? いいえ はい(薬剤名 最後に服用した時間												
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 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												
8 現在、他の医療機関に通院されていますか ☐ 通院なし ☐ 通院中(医療機関 最終受診日 治療内容												
9 今まで大きな病気をされたことはありますか? いいえ はい(病名												
10 タバコについて 吸う(1日 本) 吸わない 禁煙した(頃から)												
11 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 歯科												
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 本日家族の発熱受診 あり(人) なし												
体温	度	血圧	/	mmhg	再検	血圧	/	mmhg	脈拍	回/分	Spo2	%
医療者サイン												