

発熱外来問診票

ふりがな		性別	男 / 女
氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 -	電話番号	

未成年の場合：保護者氏名（ ）父・母 電話番号（ ）

1. 以下の症状に当てはまるものに☑チェックし、記入して下さい。

- 発熱 今の体温 _____℃ 最高体温_____℃ (月 日から)
- 咳 (月 日から) → 痰 (からむ / からまない)
- 全身倦怠感 (身体がだるい) (月 日から)
- 頭痛 (月 日から)
- 吐き気 ・ 嘔吐 (月 日から) 嘔吐の場合 (回)
- 下痢 (月 日から)
- 味覚・嗅覚 異常 (月 日から)
- 喉 (のど) の痛み (左・右・両方) (月 日から)
- 鼻水 (月 日から)
- 息苦しさ (横になると → 楽・変わらない・ひどくなる) (月 日 から)
- 身体が痛い (部位：) (月 日から)

2. 過去2週間の生活

コロナ陽性患者との接触 なし / あり → (あなたとの関係 _____)

海外渡航歴 なし / あり → (国名： _____)

3. コロナウイルスワクチン接種 なし / あり → () 回

(最終接種： 年 月 日 種類：ファイザー ・ モデルナ ・)

4. 基本事項

- ・薬剤アレルギー なし / あり → (薬品名：)
- ・アルコール消毒に対するアレルギー なし / あり
- ・これまでに通院したことがある病気 ()
- ・現在通院中の病気 ()
- ・女性の方 妊娠 なし / あり _____ 週目 授乳中： はい / いいえ
- ・喫煙歴 なし / あり → (本数： 本 / 日 歳 ~ 歳)

5. 当院ではマイナンバーカード保険証を通して診療情報を取得し活用致します

(医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定しています)

・マイナンバーカード保険証による情報取得に関して (同意する / 同意しない)