

発熱外来問診票

ID: 受診日: / AM・PM 受付番号:

新型コロナウイルスの感染拡大を防ぐ為、問診票のご記入をして頂いております。

ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

ふりがな	性別	生年月日	年齢
氏名	男・女	年 月 日	歳
	現在の体温: 度 SpO2: %		
住所 〒 -			
携帯番号	本人・家族 その他	来院方法: 車・徒歩・自転車・バイク	
- -		車: ナンバー: 色:	

***車のナンバー・携帯電話番号は必ずご記入ください**

以下の質問にお答えください

1. 熱はありますか？

なし あり 本日から 日前から (最高体温 度)

2. 下記に該当する症状がありますか？ 該当する症状にレ点チェックをしてください。

鼻水 喉の痛み 咳 たん 頭痛 吐き気 腹痛 下痢 筋肉痛 倦怠感

味覚異 嗅覚異常 食欲不振・低下 めまい

その他 ()

★上記の症状はいつからありますか？ ()

3. 周囲に似たような症状の方がいらっしゃいますか？

いる いない

4. 現在治療中の病気はありますか？

なし あり ()

5. 内服中のお薬はありますか？

なし あり *ありの方はお薬手帳を提示してください

6. 女性の方へ：妊娠もしくは授乳中ですか？ いいえ はい

7. お薬のアレルギーはありますか？

なし あり ()

8. お薬が出る場合、ご希望する薬局はありますか？

なし あり (薬局名:)

9. 新型コロナウイルスに感染したことはありますか？

なし あり (感染した時期)

10. コロナワクチン接種回数 0回 1回 2回 3回 4回 5回 6回

問診は以上になります。ご協力、ありがとうございました。

職員記載欄

持ち物 保険証 お薬手帳 診察券

検査指示

検査	抗原	インフル	PCR
結果			