

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、問診票のご記入をお願いしております。

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: % 脈拍:		
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

該当する症状にチェックをしてください。

1.いつから熱はありますか?

なし あり 本日 時頃から 日前 時頃から (最高体温 度)
→解熱剤は飲んでいますか? はい () いいえ

2.下記に該当する症状がありますか?また、いつからありますか?

鼻水 のどの痛み 咳 たん 頭痛 めまい 吐き気 腹痛 下痢 筋肉痛 関節痛
倦怠感 発汗 味覚・嗅覚異常 食欲不振・低下 寒気
その他 ()

★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 (どなたですか?) 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.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 7回

11.インフルエンザワクチン接種 なし あり (接種時期: 月 上旬・中旬・下旬)

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	ノドカ
結果			

南守谷クリニック

0297-48-0111