

《発熱外来 問診表》

受診日： 年 月 日

ID		性別	年齢
生年月日	年 月 日	男 ・ 女	歳
ふりがな		本日の体温	体重(14歳以下のみ)
氏名		度	Kg
(保護者氏名)	(続柄):		
住所	〒		
現在、連絡の取れる連絡先			

症状	発熱はありますか？ <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 本日から <input type="checkbox"/> 日から 最高 度) <input type="checkbox"/> ない
	下記症状はいつからありますか？ ()
	該当する症状をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰(たん) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感(だるい) <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 食欲不振・低下 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他()
	お薬ご希望の方:どのようなお薬を希望されますか？ () お薬アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
基本情報	同居の方にコロナ(またはインフル)陽性の方はいますか？ <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ
	現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 抗癌剤 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他 ()]
	現在内服中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
	喫煙はしますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	女性の方:妊娠中もしくは授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中)
	新型コロナワクチン接種は？ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した (回)
	酸素飽和度: %
その他	お薬ご希望の方:お薬を受け取る薬局のご希望を教えてください。 <input type="checkbox"/> 当院向かいの箔山堂今江薬局→お車の情報を教えてください。 (車種: ナンバー: 色:) <input type="checkbox"/> その他の薬局 ()
	マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 持っていない
	他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	40歳以上の方:この1年間で健診(特定健診および高齢者健診に限る)を受けましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ