**《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？　　□　ある　(□　本日から　　 　□　　　　 日から 　最高　　　　　　　度)　　　□　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。* 鼻水　□　のどの痛み　□　咳　□　痰(たん)　□　頭痛　□　吐き気　□　筋肉痛　□　下痢　□　腹痛
* 倦怠感(だるい)　□　息苦しさ　□　息切れ　□　味覚障害　□　嗅覚障害　□　食欲不振・低下
* めまい　□　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？　　□　ない　 □　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？　　□　はい　(　　　　　　　　　　　　　)　　　□　いいえ |
| 現在治療中の病気はありますか？　　□いいえ□　はい　□　糖尿病　□　高血圧　□　呼吸器疾患　□　腎疾患　□　心疾患　□　免疫抑制剤　□　抗癌剤　　　　　　　　□　脂質異常症　□その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 現在内服中のお薬はありますか？　　□　いいえ　　　□　はい　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 喫煙はしますか？　　　□　いいえ　　　　　□　はい |
| 女性の方：妊娠中もしくは授乳中ですか？　　　□　いいえ　　　　□　はい　(□　妊娠中　　　□　授乳中　) |
| 新型コロナワクチン接種は？　　　□　していない　　　□　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。□　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：　　　　　　　　)□　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？　　□　はい　　□　いいえ　　□　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？　　□　はい　　　□　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？□　はい　　　□　いいえ |

～マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします～当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めております。　　東野病院