

発熱・風邪症状問診票 (HP)

年 月 日 ID

枠内(わくない)をご記入ください。ご不明な点は、受付・看護師におたずねください。

フリガナ		男性・女性	体温 SPO2	度 %
氏名		体重 13歳未満の方		kg
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 年齢
ご住所	〒			
お電話番号	固定電話 ( )	携帯	( )	

1.本日はどのような症状でご来院されましたか？

(具合の悪い症状をご記入ください。また、症状等を下記から選んで○で囲んでください。)

- |                 |                |                   |
|-----------------|----------------|-------------------|
| ・発熱(はつねつ) 月 日から | ・嘔気・気分不快       | ・味覚障害(あじがわからない)   |
| ・咳(せき)          | ・嘔吐(吐いた)       | ・嗅覚障害(においがわからない)  |
| ・痰(たん)          | ・下痢(げり)        | ・背中が痛い            |
| ・咽頭痛(のどの痛み)     | ・便秘(べんぴ)       | ・排尿に変化がある         |
| ・鼻水(はなみず)       | ・腹痛(おなかがいたい)   | ・ご家族・知人がコロナ陽性     |
| ・頭痛(ずつう)        | ・関節痛(かんせつがいたい) | ・ご家族・知人がインフルエンザ陽性 |
| ・食欲がない          | ・倦怠感(だるい)      | ・ご家族・知人が同じような症状   |

2.症状はいつごろからですか？

本日 時ごろから・昨日 時ごろから・2~3日前から・1週間前から・年 月頃から

3.今までにかかったご病気はありますか？

ない・ある→下の枠内の当てはまるものに○と年齢をお願いします

- |              |            |                |             |
|--------------|------------|----------------|-------------|
| ・糖尿病 ( 歳)    | ・高血圧 ( 歳)  | ・高脂血症 ( 歳)     | ・高尿酸血症 ( 歳) |
| ・狭心症 ( 歳)    | ・心筋梗塞 ( 歳) | ・腎臓病 ( 歳)      | ・肝臓病 ( 歳)   |
| ・胃潰瘍 ( 歳)    | ・脳梗塞 ( 歳)  | ・COPD ( 歳)     | ・免疫抑制剤 ( 歳) |
| ・臓器移植 ( 歳)   | ・尿管結石 ( 歳) | ・高度肥満(BMI30以上) | ・妊娠中 ( 週)   |
| ・がん ( 歳) 部位→ |            |                |             |

その他

4.今までに手術を受けたことがありますか？

ない・ある→下の枠に年齢とご病気名と内容をお願いします

( ) 歳→

5.現在内服しているお薬はありますか？

ない・ある→下の枠に内服しているお薬をご記入ください。お薬手帳があればご提出ください。

6.今までに、お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

ない・ある→下の枠に内容をご記入ください

7.医師が必要とした場合、検査を希望されますか？

希望しない・必要であれば希望する→コロナ PCR 検査 インフルエンザ抗原検査 他

8.内服薬は希望されますか？

希望しない・希望する

イースト記入欄

インフル(FUJI・プレート)→陰性・陽性 レントゲン→胸部・KUB・腹部

採血 点滴 COV(NEAR・FUJI・プレート)→陰性・陽性 溶連菌→陰性・陽性