

お名前 (カタカナ)	
---------------	--

ID:

No.

エントリー済み

発熱外来用 問診票

*診察券のない方は診療申込書もご記入下さい

◎ (小学生以下の方) 体重 . k g

◎診察前体温 . °C

1.裏面の注意事項ご確認頂き問題なければ『はい』に○をつけて下さい。

はい . いいえ

2.症状に関してお伺いします。

いつ頃からですか。 _____ 頃から
どのような症状ですか。具体的にまた簡潔にご記入をお願いいたします。 _____
◎3日前からずっと37.5以上の熱が続いていますか。(解熱剤を飲み続けなければならない間も含み) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 上がったたり下がったりしている (1日目 _____ 2日目 _____ 3日目 _____)
◎強いだるさ・息苦しさはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
◎咳症状等は3日前からずっと続いていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 夜間やお昼など決まった時間だけ咳が出る状態が続いている
◎味覚障害・嗅覚障害等ありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
◎基礎疾患(糖尿病・心不全・呼吸器疾患)等ありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名: _____
◎過去にコロナウイルス感染症と診断されたことはありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ頃 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 医療機関名 (_____)
現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →: _____ お薬手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
お薬の形(粉末・錠剤・シロップ等)の希望がありましたら記入してください。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →: <input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> シロップ

3.今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

いいえはい

→

薬剤名: _____

→

アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

卵・牛乳のアレルギー

いいえはい

→

アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

ここからは成人の方のみご回答下さい

4.喫煙歴について 喫煙はしない喫煙をしている。(1日 _____ 本 _____ 年間くらい)以前喫煙をしていた。(1日 _____ 本 _____ 年間くらい)5.飲酒について 飲酒の習慣はない。飲酒の習慣がある。(頻度 ほぼ毎日 週に _____ 回くらい)

6.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり授乳中ですか いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。

裏面もございます→

- ・他院やPCR検査場等で新型コロナウイルスに関する検査はされたことがございますか？

陽性の方は、陽性の判断から1ヶ月間はその時受診された医療機関にて再度ご受診をお願いしておりますので、ご了承ください。

- ・新型コロナウイルスの検査目的の方。濃厚接触にあたり速やかに検査が必要な方、検査・入院目的の紹介状希望の方はご自宅最寄りの検査医療機関へご自身でお問い合わせして頂いております該当する項目はございませんか。

また、濃厚接触の方は1か月の間は一度受診された医療機関にてご受診頂きますようお願い申し上げます。

- ・当院では医師の判断によりインフルエンザ迅速検査を実施する場合がありますが、新型コロナウイルスの検査各種は行っておりません。

- ・インフルエンザ検査をご希望の方は、発症から12-24時間程度経過してから検査を受けられた方が検査精度が上がると言われています。それよりも早く受診されますと罹患していても陰性の結果となる場合がございます。

※インフルエンザ検査の実施有無は医師の判断になります。

- ・待合の密集を防ぐため、同行者は1名様までにご協力ください。

また、同行者含め必ず全員マスク着用をお願い致します。

- ・皮膚科・耳鼻科・整形外科受診ご希望でも37.5℃以上の発熱がある場合は、受診をお断りする場合がございますので、予めご了承ください。

本人（保護者）記入欄

上記の説明を読み理解したうえで受診する事に同意します。

署名：
