発熱用問診票

記入日　　患者ID

フリガナ
患者氏名　　（ 男 ・ 女 ）

未成年(20歳未満)の場合　保護者氏名　　連絡先

生年月日 T・S・H・R　　年　　月　　日（　　歳）

住所

電話番号　　携帯電話番号

職業

体温　（　　℃）　発熱はいつからですか？　　月　　日　　時頃から

何か薬は服用しましたか？　はい　いいえ

内容（　　）

3日以上37.5℃以上の発熱や悪寒、倦怠感が続いていますか？　はい　いいえ

37．5℃以下でも3日以上風邪薬や解熱剤を服用していますか？　はい　いいえ

該当する症状に〇をして下さい。

咳が続く　だるい　息苦しい　頭が痛い　喉が痛い　においや味が分からない

結膜炎　嘔気　嘔吐　下痢している　その他（　　）

日を追うごとに咳が激しくなってきていますか？　はい　いいえ

においは分かりますか？　はい　いいえ　味は分かりますか？　はい　いいえ

喫煙しますか？　はい　1日（　　）本　×　喫煙歴（　　）年　いいえ

肺炎球菌の予防接種は受けていますか？　はい（　　年頃）　いいえ

今治療中の病気はありますか？

高血圧　糖尿病　心臓病　腎臓病　内臓疾患　脳疾患　喘息　その他

医療機関に通院されていますか？　はい　いいえ　（病院名　　）

現在治療中の内服はありますか？　はい　いいえ

お薬手帳はおもちですか？　はい　いいえ　（薬局名：　　）

今まで薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、アナフィラキシーショック）が出たことがありますか？

（品名：　　）　（症状：　　）

女性の方にお伺いします。　現在妊娠の可能性はありますか？　はい　いいえ

現在授乳中ですか？　はい　いいえ

海外渡航歴はありますか？　はい　いいえ

いつから　　/　　～　　/　　どこへ（　　）

コロナウイルス感染確定者との接触はありますか？　はい　いいえ

※接触とは、マスク、ゴーグル(眼鏡)をつけずに手が届く範囲で会話する事

下記の条件を満たす環境に滞在しましたか？　はい　いいえ

①換気の悪い密閉空間　②人が密集している場所　③近距離での会話や発声が行われる場所

当院をどのようにしてお知りになりましたか？

家人、知人の紹介（　　様）　家、職場が近いから　ホームページ

他病院からの紹介（病院名：　　）　その他（　　）

医療法人　宝寿会　藤井おうばく駅前内科クリニック