

受付番号

(初診・再診)

診察券番号

発熱外来用 問診票

Medical Interview Sheet

ハイリスク者

2023年5月
厚木かかりつけクリニック

65歳以上

重症化リスク

R5 年

月

日

フリガナ 名前 Name			性別 Sex	男/Male ・ 女/Female	
生年月日 B.D.	(西暦) 年/year 月/month 日/day (歳/ y/o)				
住所 Address	(〒 -)			職業 occupation	
電話番号 Telephone Number	* PCR検査を行った際、結果について 電話連絡する際に使用いたします。 必ずつながりやすい電話番号で、 大きくハッキリとした数字で記載ください				
身長 Height	cm		体重 Weight	Kg	
アレルギー Allergy	無 ・ 有 () None Yes		妊娠中/ 妊娠の可能性 Pregnancy	無 ・ 有 None Yes	喫煙 Smoking
コロナワクチン接種 Vaccination of COVID-19	接種回数 Number of vaccinations	直近の接種日/Vaccination Date		直近の接種ワクチン種類/Vaccine Type	
	() 回	年 月 日		モデルナModerna ファイザーPfizer ()	
現在治療中の病気や飲み薬はありますか？ はい ・ いいえ → 「はい」とお答えの方は下記に病名を記載ください () 慢性閉塞性肺疾患 () 糖尿病 () 脂質異常症 () 高血圧 () 慢性腎臓病 () 心疾患 (狭心症、心筋梗塞など) () 脳血管疾患 (脳梗塞、脳出血など) () 悪性腫瘍 (がん) () 臓器移植(腎移植、肝移植など)後の免疫治療中 () その他 () 服用中の薬を記載ください ()					
過去に新型コロナ感染症にかかったことはありますか？ いいえ ・ はい (年 月頃)					
新型コロナ感染症陽性者と接触はありましたか？ いいえ ・ はい					
ここ数日で、自宅での抗原キット、医療機関などで検査を受けていますか？ いいえ ・ はい → 検査日 (年 月 日) 検査結果 (陰性 ・ 陽性) ※診察時に結果がわかるもの (結果用紙、抗原キットの写真など) を医師にご提示ください。					
新型コロナ感染症の診断となった場合、新型コロナ治療薬の処方を希望されますか？ いいえ ・ はい					
本日はどのような症状で受診されましたか？該当する症状に○をつけてください 発熱 のどの痛み 咳 だるさ 頭痛 下痢 筋肉痛 腹痛 吐き気 嘔吐 味がしない 匂いがわからない 息が苦しい その他 ()					
上記の症状はいつから始まりましたか？ 月 日頃					
体温 Temperature	℃	酸素飽和度 SPO2	%		