

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 本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

2023年5月

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	無 ・ 有 None Yes
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 ()						
過去に新型コロナウイルス感染症にかかったことはありますか？ いいえ ・ はい (年 月頃)						
新型コロナウイルス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。						
新型コロナウイルス感染症やインフルエンザなどの流行性感染症の検査を希望されますか？ いいえ ・ はい						
新型コロナウイルス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	%			