

受付番号

発熱外来用 問診票

Medical Interview Sheet

<スタッフ記入欄>

2024年1月
本厚木かかりつけクリニック

PCR 陽性抗原 + -

インフル A B - 処方のみ

(初診・再診)

診察券番号

R6 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			身長 Height	cm	
			体重 Weight	Kg	
アレルギー Allergy	無 ・ 有 () None Yes	妊娠中または可 能性/授乳中 Pregnancy	無 ・ 有 None Yes	喫煙 Smoking	無 ・ 有 None Yes
COVID-19接種 Vaccination of COVID-19	無 ・ 有 None Yes	直近の接種日/Vaccination Date	年 月 日		
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 ()					
現在、服用中の薬を記載ください (お薬手帳をお持ちの方は診察時ご提示をお願いします)					
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やインフルエンザの陽性者と接触はありましたか? いいえ ・ はい					
ここ数日で、 <input type="checkbox"/> 自宅での抗原キット、 <input type="checkbox"/> 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、新型コロナウイルス治療薬の処方を希望されますか? いいえ ・ はい					
症状はいつ頃から始まりましたか? 月 日頃 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ () 時頃					
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 (一番高く出た熱 (°C) / 月 日 時頃) のどの痛み 咳 だるさ 頭痛 下痢 筋肉痛 腹痛 吐き気 嘔吐 息が苦しい その他 ()					
来院時 体温		°C		酸素飽和度 SPO2	%