

発熱外来診療申込書

年月日 予約時間:

患者ID:

※記入間違えのないようにご注意ください。

ふりがな			性別 男 ・ 女	生年 月日	明 / 大 / 昭 平 / 令	年	月	日	年齢
氏名				ご職業		身長	(cm)	体重	(kg)
住所	〒 一		緊急連絡先（ご本人以外で連絡可能な方） ※必ず記入して下さい。						
同居 家族 構成	祖父 : 祖母 : 父親 : 母親 兄 : 姉 : 弟 : 妹 夫 : 妻 : 子 : 孫 施設入所中 / 一人暮らし / その他 ()		ふりがな 氏名 (続柄:)						
自宅電話	一 一		電話・携帯 一 一						
●新型コロナ抗原検査・インフルエンザ迅速検査（流行期を除く）を実施させていただきます。 ●これまでに新型コロナウイルスに感染したことはありますか ある ない 発症日： 月 日 (医師に検査施行の有無確認)									
電話・携帯	一 一								

①発熱はいつからですか [月 日 時頃から 度] 現在T:
発熱の経過は

②体調について 月 日頃から

咳	なし	あり	激しい	筋肉や節々の痛み	なし	あり	激しい
痰	なし	あり		食欲低下	なし	あり	
呼吸苦（息苦しさ）	なし	あり	激しい	吐き気	なし	あり	激しい
倦怠感（体のだるさ）	なし	あり	激しい	下痢	なし	あり	
頭痛	なし	あり	激しい				
咽頭痛（のどの痛み）	なし	あり	激しい				

③そのほかの症状はありますか なし・あり

◀ [月 日 時頃から]

④14日以内の接触歴について

新型コロナウイルス感染症と診断された人と濃厚接触(同居家族)がある	なし	あり
ご自身でコロナ検査キットを使用していますか。	なし	あり
抗原検査キット結果は陽性でしたか。	陽性	陰性
海外へ渡航している	なし	あり

⑤最近、ご家族や周りの方でインフルエンザと診断された方
または、同様な症状の方がいる ▶ いいえ・はい

⑥これまでにかかった病気はありますか? ▶ いいえ・はい

悪性腫瘍 • 哮息やCOPDなど呼吸器疾患 • 慢性腎臓病 • 心血管疾患
脳血管疾患 • 高血圧 • 糖尿病 • 脂質異常症
その他 ()

⑦現在、該当するものはありますか?

透析療法中 • 免疫抑制剤加療中 • 抗がん剤加療中

⑧現在、飲んでいる薬はありますか? ▶ いいえ・はい

※おくすり手帳をお持ちの方は、診察時にご提示ください。

(薬名:)

⑨薬や食べ物のアレルギーはありますか? ▶ いいえ・はい
(内容:)

⑩タバコは吸いますか? ▶ いいえ・はい (1日 本× 年間)

⑪女性の方にお聞きします。

・現在、妊娠しています? ▶ いいえ・はい (週 日)

・授乳中ですか? ▶ いいえ・はい

※当院ではプライバシーポリシー（個人情報保護方針）に則り、患者さまの個人情報を利用させていただきます。