

発熱外来診療申込書

年 月 日 予約時間:

患者ID:

※記入間違えないようにご注意ください。

ふりがな		性別	生年 月日	明 / 大 / 昭 平 / 令	年 月 日	年齢
氏 名		男・女	ご職業		身長 (cm)	体重 (kg)
住所	〒 — —		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:)	
			電話・携帯		— —	
自宅電話	— —		●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。			
連絡先 (本日の診察は電話でお呼び出しします。)			●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	— —					

①発熱はいつからですか (月 日 時頃から 度) 現在T:

②体調について 月 日頃から SPO2:

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これまでにかった病気はありますか? ▶ いいえ・はい

悪性腫瘍 ・ 喘息や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、妊娠していますか? ▶ 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。