

問診票 <発熱外来>

ID:

*お分かりになる範囲内で結構ですので、下記のご記入をお願いします。

記入日：令和 年 月 日

氏名	(男・女)	ふりがな	
生年月日	(大・昭・平・令)・西暦	年 月 日	()歳
ご住所	(〒 -)	電話番号	- -

*本日はどのような症状で来院されましたか？

当院記入：体温 (°C) SpO2 (%)

症状に○をつけてください (喉の写真撮影でインフルエンザ検査を希望の方は判定に影響しますので正確にご記入ください)

発熱 (月 日 時～ 最高体温： .) 解熱剤内服 なし あり (/ 時)
頭痛 咳 のどの痛み 鼻水・鼻づまり 消化器症状 (下痢・腹痛) 関節痛 筋肉痛
体のだるさ 食欲不振 寒気 発汗 ふらつき めまい 呼吸困難感
<input type="checkbox"/> 自宅でのコロナウイルス検査： 無 有 (結果： + - 、検査日： 月 日)

*感染症検査の希望はありますか (なし ・ あり → コロナ ・ インフルエンザ ・ 両方)

コロナウイルス検査方法の希望： 鼻腔 ・ 唾液

インフルエンザ検査方法の希望： 鼻腔 ・ 咽頭写真撮影 (nodoca)

*ウイルス感染リスクについて

3日以内の発熱・感染者との接触 (なし ・ あり → 発熱のみ ・ コロナ ・ インフルエンザ)
コロナワクチン接種回数 (回) 最終接種日 (/) コロナウイルス罹患歴 (あり・なし)
今季インフルエンザ予防接種 → なし ・ あり → 1回目接種 (月)

*今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？

<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (高脂血症) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 肺気腫
<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 尿路結石 <input type="checkbox"/> その他 ()

*現在お薬は飲んでいますか？

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
--

*お薬手帳はお持ちですか？

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →「はい」の方は受付にご提出してください

*薬や食物のアレルギーはありますか？

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
--

*嗜好品について教えてください

お酒： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (毎日 ・ 週 回 ・ 時々)
タバコ： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本、 歳から) <input type="checkbox"/> 禁煙した (年前から)

*女性にお尋ねします (差し支えない範囲でお答えください)

現在妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 不明
現在授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
生理中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 閉経 () 歳