

発熱外来問診票

※新型コロナウイルス陽性の場合、必要な情報となりますのですべてご記入ください。

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな：	性別： 男性 女性
		生年月日： 西暦 年 月 日 (歳)
連絡先	〒	日中繋がる電話番号：
職業：	同居者の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(構成：)	

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入ください

■いつから発熱がありますか？ (本日から ・ _____ 日前から) 最高 _____ °C

■下記の該当する症状に○をつけてください ()

咳 痰 のどの痛み だるさ 息苦しさ 味覚異常

嗅覚異常 吐き気 下痢 嘔吐 関節痛 頭痛

その他症状 (_____)

■なにか薬を飲みましたか？ いいえ はい→(薬の名前： _____)

■コロナ陽性者、または上記症状の方との濃厚接触はありましたか？ なし あり↓
ありの場合 (いつ： _____ 日前・ _____ 週間前) (場所： _____)

■持病はありますか？ なし あり↓
糖尿病・高血圧・呼吸器疾患・心疾患・腎臓疾患・その他 (_____)

■喫煙している。または以前に喫煙していたことがある はい いいえ

■コロナワクチン接種歴

未接種

1回目 (いつ： _____ 年・ _____ 月・ _____ 日) (種類： _____)

2回目 (いつ： _____ 年・ _____ 月・ _____ 日) (種類： _____)

3回目 (いつ： _____ 年・ _____ 月・ _____ 日) (種類： _____)

■女性の方にお伺いします。

妊娠の可能性： あり ・ なし 授乳中： はい ・ いいえ

■かかりつけ薬局 名称： _____ 連絡先： _____ FAX： _____

■保険証情報 保険者番号： _____ 記号： _____ 番号： _____

↑保険証情報をご記入に不安がある場合は、再度こちらから連絡した際にお知らせください↑

- 午前の診療終了次第、来院していただきます。
- 玄関前のベンチにあるゴム手袋を装着し、保険証をすぐ出せるように準備してください。
- かならず不織布マスクをして入室してください。
- 診療費として3,000円程度(3割負担の場合)かかることを、ご了承ください。