

発生届	必要	不要
処方なし	処方あり	

検査外来 問診票

ID: _____ 予約日時: _____ 受診時体温: _____ °C SPO2: _____ %

コロナ	-	+
インフ	-	+

当院の受診は初めてですか？		初めて	受診歴あり	
フリガナ	生年月日		大・昭・平・令・西暦 年 月 日	
氏名	年齢		歳	
	性別		男 ・ 女	
住所	〒			
TEL	徒歩・車	車種 色		
保護者（検査者が 未成年の場合）	氏名： _____	(関係 _____)	連絡先： _____	
症状 症状を○で囲み 何日前からその 症状が出ているか 記入して下さい	発熱	いつから	咳	いつから
		最高 _____ °C	関節痛	いつから
	息苦しさ	いつから	強い倦怠感	いつから
	のどの痛み	いつから	頭痛	いつから
	味覚異常	いつから	鼻水	いつから
その他の症状				
喫煙	なし ・ あり (本/1日くらい) ・ 過去吸っていた (_____ 年前)			
右記の病気等をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（がん） <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患（COPD） <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満（BMI 30以上）			
身近にインフルエンザ、 コロナの陽性者がいますか？	いない ・ いる	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (関係： _____) <input type="checkbox"/> コロナ		
コロナワクチン 接種回数について	なし ・ <input type="text"/> 回	(最終接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)		
現在解熱・鎮痛剤を 服用していますか？	なし ・ あり	(薬剤名： _____)		
症状を抑える ためのお薬を 希望されますか？	希望しない ・ 希望する	<input type="checkbox"/> 抑えたい <input type="checkbox"/> 症状		
お薬や食べ物に アレルギーはありますか？	なし ・ あり (内容： _____)			
現在、ご妊娠 または授乳中ですか？	どちらでもない ・ 妊娠している ・ 授乳中			
お薬が処方された場合 当院1階のハートフル薬局を利用され ますか？	はい ・ いいえ			

※ 混雑状況により、お薬のお渡しまでにお時間を頂戴する可能性があります。ご了承ください。