

# 感染症外来問診票

記入日 年 月 日

ふりがな

男 ・ 女 ご職業

お名前

生年月日 年 月 日 歳

住 所

同居者 無・有 ( )

自宅・携帯電話番号

喫煙歴 ( 本/日) 体重 ( ) kg

SpO2 %

以下の質問にご回答ください。

- いつから具合が悪いですか？ ( 月 日から)
- 発熱はありましたか？ はい (最高: °C 今日: °C) いいえ
- 新型コロナやインフルエンザの検査を希望しますか？ 希望する 希望しない 検討中
- 周りに同じような症状の方がいますか？ はい いいえ
- 以下の症状がありますか？ (はい、もしくは、いいえ) に○印をおつけください。

|   |             |    |     |   |        |    |     |
|---|-------------|----|-----|---|--------|----|-----|
| ① | のどの痛み       | はい | いいえ | ⑥ | 頭痛     | はい | いいえ |
| ② | 鼻水          | はい | いいえ | ⑦ | 関節・筋肉痛 | はい | いいえ |
| ③ | 咳 (せき)      | はい | いいえ | ⑧ | 吐き気・嘔吐 | はい | いいえ |
| ④ | 痰 (たん)      | はい | いいえ | ⑨ | 下痢     | はい | いいえ |
| ⑤ | 強いだるさ (倦怠感) | はい | いいえ | ⑩ | その他( ) |    |     |

- 基礎疾患はありますか？ いいえ  
はい (高血圧 糖尿病 脂質異常症 慢性呼吸器疾患 慢性腎臓病 悪性腫瘍 心血管疾患 脳血管疾患 てんかん 精神疾患 認知症 その他 )
- アレルギー有無 食べ物・薬 ない/ある (具体的に: )
- (女性の方へ) 妊娠中ですか？ はい いいえ
- コロナワクチンの接種歴はありますか？ はい いいえ
- 今シーズンにインフルエンザワクチンを接種しましたか？ はい いいえ
- お支払い方法をお選びください。 現金 クレジットカード 交通系 IC カード
- ★ 何を見て当院を知りましたか？ホームページを見て 知人・家族の紹介 近所だから  
広告 その他 ( )

当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。