

発熱外来問診票

○記入日 年 月 日

○ふりがな _____

○男 ・ 女 ご職業 _____

○お名前 _____

○西暦 年 月 日 歳

○住 所 〒 _____ 同居者 無・有 ()

○自宅・携帯電話番号 _____ 喫煙歴(本/日) 身長・体重(.)

SpO2 %

以下の質問にご回答ください。

- 1. いつから具合が悪いですか? (月 日から)
- 2. 発熱はありましたか? はい (最高: °C 今日: °C) いいえ
- 3. 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
4. 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()		

5. 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)
6. アレルギー有無 食べ物・薬 ある (具体的に:)
7. 臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用はありますか? はい いいえ
8. (女性の方へ) 妊娠中ですか? はい いいえ
9. コロナワクチンの接種歴はありますか? はい いいえ
10. 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
11. 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。

◆医療情報取得加算 (初診時) 加算 1 3点 (保険証を利用した場合) 加算 2 1点 (マイナ保険証を利用した場合)