受診日　　　　年　　月　　日　　　発熱者等問診表

来院時間　　　：　　　　 ID:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 体重 |
| 住所 | 付添者氏名（子供の場合） | TEL（自宅）　　（携帯） | 体温 |
| 所属する集団（具体的に）（職場・学校・幼稚園・塾など） | SpO2 | P |
| 周囲の感染症コロナ、インフルエンザ、溶連菌、アデノ、RS、マイコプラズマ、胃腸炎、その他（　　　　　　　） |
| 発熱（最高体温） | あり、なし　（　　 　℃） | 始まった日　　　 |
| 現在（今日）の熱 | 　　　　℃ | 発熱が続く、上がったり下がったり、高かったが解熱した |
| 咳 | 激しい、時々、なし　 | 始まった日　　　 |
| 呼吸苦・呼吸困難感 | あり、なし　 | 始まった日　　　 |
| 鼻汁 | あり、なし　 | 始まった日　　　 |
| のどの痛み | あり、なし　 | 始まった日　　　 |
| 頭痛 | あり、なし | 始まった日 |
| 倦怠感（だるさ） | あり、なし　 | 始まった日　　　 |
| 食欲不振 | あり、なし　 | 始まった日　　　 |
| 吐き気・嘔吐 | あり、なし　 | 始まった日　　　 |
| 腹痛 | あり、なし　 | 始まった日　　　 |
| 下痢 | あり、なし　 | 始まった日　　　 |
| 味覚の異常 | あり、なし　 | 始まった日　　　 |
| 嗅覚の異常 | あり、なし　 | 始まった日　　　 |
| 顔色不良 | あり、なし　 | 始まった日　　　 |
| 皮膚の変化（湿疹） | あり、なし　 | 始まった日　　　 |
| その他の症状（具体的に） | あり、なし　 | 始まった日　　　 |

★現在通院中の病気や、飲んでいる薬はありますか？

　ない・ある（病院名：　　　　　　　病名：　　　　　　　　　）・薬品名（　　　　　　　）お薬手帳あり

★薬の剤型はどれが良いですか？　飲めるものに○をつけてください。

　粉末・シロップ・錠剤・カプセル・漢方薬

★マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか 　★他の医療機関からの紹介状をお持ちですか

　（　はい　・　いいえ　）　　 　　（　はい　・　いいえ　）

当院は診療情報を取得・活用することで、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）です。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

職員記入欄

　　　　車（No　　　　　　　）、前　裏　徒歩、その他（　　　　　　）　COV（　　）、Flu（　　）