

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)	TEL (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 (°C)	始まった日		
現在 (今日) の熱	°C	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？ 飲むものに○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

(はい ・ いいえ)

★他の医療機関からの紹介状をお持ちですか

(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 ()