

問診票(発熱外来用)

令和 年 月 日

患者 ID:

氏名

生年月日: S・H・R 年 月 日

〒 -

住所:

固定電話番号:

身長: cm 体重: kg

携帯電話番号:

マイナ保険証を利用される方へ

診療情報の取得に同意されますか? ・ 同意する ・ 同意しない

以下の症状がいつからありますか?ある場合、○印をつけてください。

現在の体温: °C

・ 発熱 (発熱した日時: 月 日: 午前・午後 時頃 最大 °C)

・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻汁 ・ のどの痛み ・ 全身倦怠感 (だるさ) ・ 頭痛

・ 吐き気・嘔吐 ・ 下痢 ・ その他 ()

上記の症状を認め始めた日: 月 日

同居のご家族や職場・学校などで直近 2 週間以内に COVID-19 やインフルエンザなどと診断された人はいますか? ・ はい 疾患名: ・ いいえ

現在、治療中の疾患などについて、記入してください。

- ・ 悪性腫瘍 ・ 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) ・ 慢性腎臓病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病
- ・ 脂質異常症 ・ 肥満 (BMI:30 以上) ・ その他 ()
- ・ 当てはまる疾患なし

現在内服している薬はありますか? ・ ある ・ ない

薬の名前: ()

アレルギーはありますか? ・ ある ・ ない

ある場合、それはどのようなアレルギーですか? ()

女性の方へ

妊娠している可能性はありますか? ・ いいえ ・ はい

現在、授乳中ですか? ・ いいえ ・ はい

飲酒、喫煙について

飲酒 □毎日飲む □機会があれば飲む □まったく飲まない(飲めない)

1日に□ビール □日本酒 □焼酎 □ウイスキー] を[ml]

喫煙 □吸う 1日に[本] を[才] から

□吸わない □以前吸っていた [年間・1日 本]

COVID-19 のワクチン接種状況について ・ 接種済 ・ 未接種

接種回数: 回 最終接種日: 年 月 日

ワクチン製造会社 ・ ファイザー ・ モデルナ ・ アストロゼネカ ・ ノババックス ・ その他

当院は診療情報等を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めます。

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します。

黒川診療所