

発熱外来 問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日	西暦	年 月 日	性別
氏名			T. S. H. R	年齢 才	男・女
住所	〒		電話番号	① ()	
			(緊急時)	② ()	
※該当する項目の□にチェックをお願いします (お薬手帳・マイナンバーカード情報同意のある方は、薬の記入不要)					
◆マイナ保険証(マイナンバーカード)の利用による情報収集取得に同意しますか? □はい □いいえ					
コロナワクチンの接種回数	回	コロナワクチン 最終接種日	年 月 日		
インフルエンザワクチン接種回数	回		ファイザー製 ・ モデルナ製 ・ その他		
症状の発生した日	月 日 (日前) から		(推定)感染場所:		
☐	1.発熱: °C : (日前が最高) (今は解熱) (解熱剤使用の最終日時: ____月____日____時)				
☐	2.セキが出る				
☐	3.タンが出る				
☐	4.のどが痛い				
☐	5.鼻水、鼻づまり				
☐	6.頭が痛い				
☐	7.関節が痛い 筋肉痛がある				
☐	8.強い倦怠感、だるさを自覚している				
☐	9.味がわからない 匂いがわからない				
☐	10.おなかの症状がある: 腹痛、下痢、悪心・嘔吐、その他()				
☐	11.その他の症状(具体的に):				
☐	12.コロナ、インフルエンザ、風邪症状等の人と接触あり : 家族、職場、友人、その他()				
◆治療中の疾患、治療薬の使用はありますか? □特になし					
☐ あり→	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 呼吸器疾患・気管支喘息 ☐ 膠原病 ☐ がん ☐ その他・お薬()				
◆喫煙歴はありますか?		☐ なし ☐ あり (本数 本/日 × 年間)			
		☐ 過去に吸っていた (本数 本/日 × 年間 (才 ~ 才まで)			
◆女性の方へ。妊娠中もしくは、妊娠の可能性はありますか? ☐ ある ☐ ない ☐ 授乳中 ☐ 妊娠中(月 週)					

当院は診療情報を取得・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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

永山クリニック