

【発熱外来問診票】

駐車場 第1 (No.)・第2・プレハブ

内科

記入日 年 月 日

氏名(かか) _____

生年月日 年 月 日

携帯電話 _____

保護者Tel _____

自宅住所 〒 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ (スタッフ記入)

ID _____

性別 男 女

年齢 _____ 歳 職業 _____

当院予約システム利用 あり なし

未成年の場合保護者氏名 _____ 関係() _____

チェック項目		なし	あり	いつ(～)	詳細
連絡	来院前に保健所へ連絡				
症状	発熱 (平熱: _____ °C)			/	来院時の体温 (_____ °C) 最高体温 (_____ °C) 解熱剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	咳・痰・鼻水			/	
	息苦しさ			/	SpO2 (_____ %)
	咽頭痛(のどの痛み)			/	
	倦怠感(だるさ)			/	
	頭痛・関節痛・筋肉痛			/	
	腹痛・吐き気・嘔吐・げり			/	
	味覚異常・嗅覚異常			/	
	乳腺炎症状 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 その他			/	乳房痛・しこり・発赤
受診	上記症状での受診			/	処方薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	上記症状でコロナ検査			/	検査種類() 結果()
罹患	新型コロナ罹患歴			/	発症日() 診断日()
ワクチン	新型コロナワクチン接種歴	1回目		/	ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
		2回目		/	ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
		3回目		/	ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
家族	同居者(いる・いない) 同居家族有症状者				症状()
接触	コロナ陽性者との接触歴			/	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他
	渡航歴				渡航先()
基礎疾患等	基礎疾患等 喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 授乳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 腎疾患(透析含む) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他() 投薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	妊娠(の可能性) 週数(週 日)				かかりつけ <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院() 予定日()

スタッフ記入欄 PCR結果通知 証明書発行 データ入力 発生届作成

【処方】 【結果連絡方法】

無 有 電話 予約システム

【検査・処置】

無 コロナ抗原検査(+ ・ -) インフル(+ ・ -)

コロナPCR検査 院内 外注(+ ・ -)

血液検査 X-P CT 乳房ケア その他

担当医師 ()