発熱外来診療申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**生年月日**　　　　　　年　　　月　　　日　　　　歳

**住所**　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　**電話番号**

**保護者又は付き添い者氏名**　　　　　　　　　　　 続柄　　　　　　電話番号

1. **現在の症状についてあてはまるものに丸を付けてください**

**37℃以上の発熱（最高体温　　℃）　咳や痰が出る　のどが痛い　頭痛　はなみず　鼻づまり　関節痛**

**だるい　味やにおいがおかしい　嘔吐や下痢　腹痛　水分や食事がとれない**

**その他の症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**上記症状が出始めた日　　　　　月　　　日　　　時ごろ**

今回の件での受診歴（あり・なし）

薬の服用（あり・なし）

内容：

1. **コロナの検査を受けていますか**

はい（検査日：　　月　　日　　　　陽性　　陰性）　いいえ

抗原キット持参　（有・無）　又は　写真（有・無）

1. **同居のご家族や職場・学校などに、直近２週間以内に新型コロナウイルス・インフルエンザと診断された人はいますか**はい　（新型コロナウイルス・インフルエンザ）　・いいえ
2. **新型コロナワクチンを接種しましたか**　　　はい・いいえ接種回数：　　　回
3. **既往歴**

**以下用件に該当することを把握している場合、該当箇所を〇で囲んで下さい。**

**慢性閉塞性肺疾患・心疾患・腎疾患（透析を含む）・脂質異常症・高血圧症・糖尿病・悪性腫瘍・免疫不全・血液疾患・当てはまるものなし**

アレルギーの有無　　　　　　　　　（あり：　　　　　　　　　　　　・なし）

薬による副作用・過敏症　　　　　　（あり：　　　　　　　　　　　　・なし）

タバコは吸いますか　　　　　　　　（はい　・なし）

新型コロナウイルスの罹患歴　　　　（あり：　　　　年　　月　　　　・なし）

インフルエンザの罹患歴　　　　　　（あり：　　　　年　　月　　　　・なし）

1. **女性の方に伺います**最終月経　　　　年　　　月　　　日　　妊娠の可能性　　あり・なし

-----------------------------------------------以下職員記入欄-------------------------------------------------------------

ＢＴ　　　　℃　　　SPO2　　　％

SARS-COV2抗原キット　　　　インフルエンザキット　　A　　B　　　　SARS-COV2　PCR

採血　　　 X-P　 入院調整　　　　他科受診

ゾコーバ　　　パキロビット　ラゲブリオ　　　　　タミフル　　　イナビル　　　ゾフルーザ