

発熱外来診療申込書

フリガナ 氏名 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:

- 2 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)

- 3 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

- 4 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

5 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○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)

- 6 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 °C 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 ゴフルーザ