

かぜ・発熱外来診療申込書

ふりがな 氏名 男性 女性 生年月日 年 月 日 歳

住所 〒 電話番号

保護者又は付添い者氏名 続柄 電話番号

1.現在の症状についてあてはまるものに○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 •鼻みず •鼻づまり
•関節痛 •だるい •味や匂いがおかしい •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 時頃

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(あり・なし) 又は 写真(あり・なし)

今回の件での受診歴(あり・なし)
薬の服用(あり・なし)
内容:

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や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○で囲んでください。

- 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・いいえ)
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 ℃ 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 XP 入院調整 他科受診
ゾコーバ ラゲブリオ パキロビット タミフル イナビル ソフルーザ