

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

同居家族 あり()・なし(独居)

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
・発疹、皮疹がでている ・その他の症状()

上記症状が出始めた日 月 日 時頃

今回の件での受診歴(あり・なし)
薬の服用(あり・なし)
内容:

2.今回の症状で抗原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(コロナ/インフルエンザ)の持参(あり・なし) 又は 写真(あり・なし)

3.同居のご家族や職場・学校などに、何らかの感染症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/その他)・いいえ

4.インフルエンザワクチンを接種しましたか? はい(年 月)・いいえ
コロナワクチンを接種しましたか? はい(年 月)・いいえ
その他のワクチンを接種していますか? はい(ワクチン 年 月)・いいえ

5.既往歴

以下要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 ・喘息 ・肺疾患 ・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
1年以内のインフルエンザの罹患歴 (あり: 年 月)・なし

5.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 / SPOTFIRE パネル
溶連菌キット / 採血 / XP / 入院調整 / 他科受診
ソコーバ / ラゲブリオ / パキロビット / タミフル / イナビル / ソフルーザ