

風邪外来問診票

現在の体温		SPO2	%
-------	--	------	---

(記入年月日)

年 月 日

フリガナ	生年月日	年齢
男	年 月 日	歳
お名前	身長	体重
女	cm	kg
住所 〒	BMI = Kg ÷ m ÷ m	
電話番号：		
携帯電話：		
緊急連絡先：お名前：		
電話番号：		
続柄：		
※未成年の方は必ずご記入ください		

いつからどのような症状がありますか	
いつから：	
症状：	
現在の症状について	
発熱	有 ・ 無 月 日 頃から (何度でしたか)
咳	有 ・ 無 月 日 頃から
喉の痛み	有 ・ 無 月 日 頃から
鼻水	有 ・ 無 月 日 頃から
痰	有 ・ 無 月 日 頃から
嘔気、嘔吐	有 ・ 無 月 日 頃から
下痢	有 ・ 無 月 日 頃から
その他症状	()
感染症	近親者または職場で感染症の方はいますか ()

アレルギー	有 ・ 無 ()
既往歴	有 ・ 無 ()
服薬歴	有 ・ 無 ※お薬手帳をご用意ください。()
女性の方	現在妊娠中、又はその可能性 有 (週目) / 無 / 不明 現在授乳中ですか はい いいえ

診療順にお呼びしております。大変申し訳ございませんが、暫くお待ちください。