

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	
				年	月	日
お名前	男			身長	cm	体重
	女					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						
今回の症状について他院を受診し、検査または内服をされていますか はい いいえ						
症状いつから：						
症状：						
希望される検査を○で囲んでください (医師の判断によりご希望に添えない場合もございます。ご了承ください。)						
インフルエンザウィルス検査希望		コロナウィルス検査希望		インフル・コロナ同時にて検査希望		
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		
たん(痰)	有 ・ 無	月	日	頃から	たんの色：	
嘔気、嘔吐	有 ・ 無	月	日	頃から	嘔吐物の色：	
下痢	有 ・ 無	月	日	頃から	便の色：	
皮膚症状	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 ()					
渡航歴	有 ・ 無	場所				
喫煙歴	□現在喫煙中 (本/日) □過去に喫煙歴あり (過去 /年間) □喫煙歴なし					
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					
診療順にお呼び出しております。大変申し訳ございませんが、暫くお待ちください。え						