

弘愛会病院 発熱外来問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ 氏名		男・女	生年月日	年 月 日(歳)
勤務先・施設名		職種	体温	℃ SPO ₂ %
住所	〒			
電話番号	自宅：		携帯：	
保護者氏名 ※未成年の方		保護者住所 本人と同じ場合は記入不要	〒	

【問診】以下の項目にお答えください。

1 あてはまる症状にチェックして下さい。 発熱(℃) せき 呼吸が苦しい だるさ(倦怠感)
 頭痛 吐き気、嘔吐 下痢 のどの痛み、違和感
 味やにおいを感じない その他 ()

2 ※ 症状はいつからありますか。 月 日から

3 新型コロナやインフルエンザ等に いいえ
かかった方との接触はありましたか。 はい (接触日： 月 日 接触した方との関係

4 新型コロナワクチンは接種しましたか。 いいえ
 はい → ()回目接種した

5 これまで治療したり、現在治療している がん・悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患 慢性腎臓病
病気があればチェックして下さい。 高血圧症 糖尿病 脂質異常症・高脂血症
 肥満(BMI30以上) その他()

6 現在妊娠していますか。 いいえ はい わからない

【病院記入欄】

実施検査	結果
<input type="checkbox"/> インフルエンザ抗原	A型(), B型()
<input type="checkbox"/> インフルエンザ抗原(自宅等)	A型(), B型()
<input type="checkbox"/> コロナ抗原定性	()
<input type="checkbox"/> コロナ抗原定性(自宅等)	()
<input type="checkbox"/> コロナ抗原定量	()
<input type="checkbox"/> コロナNEAR法	()
<input type="checkbox"/> その他()	()
<input type="checkbox"/> 検査不要	

処方：

経過及び所見等：

診察医：