

インフルエンザ・新型コロナウイルス対策外来 問診票

ID:

| | |
|-------------|------------------|
| ふりがな お名前 | 生年月日 西暦 年 月 日 |
| 住所 〒 ー | 日中連絡の取れる電話番号 |

該当箇所に○を囲んで下さい

- 職業：医療機関勤務・会社員・自営業・主婦・学生・その他（ ）
- 濃厚接触者である。（はい・いいえ）⇒はいの場合、陽性者との関係は？（ ）
- 他院・PCRセンターでPCR陽性結果が出ている。（はい・いいえ）
⇒はいの場合、結果が出た日（ 月 日）
- COVID-19 ワクチン接種：接種回数 回。最終接種日 年 月 日。
最終ワクチン（ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・ノババックス）
- 発熱歴のある方：インフルエンザ迅速検査を希望する。（はい・いいえ）
- COVID-19 抗原定性検査をまず行います。PCR検査は、診察結果次第となります。
ご理解の程、宜しくお願い致します。

- 受診時体温： _____ °C
- 発熱（あり・なし）： / から。何°Cまで出ましたか？ _____ °C
- 咳（あり・なし）： / から
- 息苦しさ（あり・なし）： / から
- 咽頭痛（あり・なし）： / から
- 鼻水（あり・なし）： / から
- 全身倦怠感（あり・なし）： / から
- 味覚嗅覚障害（あり・なし）： / から
- 下痢・軟便（あり・なし）： / から
- 排尿痛（あり・なし）： / から
- その他症状（ ）

- * 今までにかかった、または、現在治療中である病気に○または✓をつけてください。
() 気管支喘息/COPD、() 悪性腫瘍治療中、() 糖尿病、() 高血圧症、() 脂質異常症
() 慢性腎臓病、() 脳血管疾患/心臓疾患、() 免疫抑制剤使用中、
() その他 ()

- * 薬で具合が悪くなったことはありますか？ なし ・ あり（下に詳細をご記入ください）

- * 女性の方へ、該当に○または✓をつけてください。
() 妊娠中： _____ 週 () 授乳中： _____ ヶ月 () どちらでもない

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1：4点、加算2：2点（マイナ保険証利用の場合）

ご記入ありがとうございました。お薬手帳や検査データ等ありましたら一緒に窓口へご提出ください
のぎきはちまん前内科