

風邪・発熱症状 問診表(初回)

来院日： 月 日

ID						
ふりがな			<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 ( ) 歳 <input type="checkbox"/> 令和		
氏名						
住所 〒 ( )			自宅電話 携帯電話		車ナンバー	
身長 ( ) cm			体重 ( ) kg		体温 ( ) °C	
			SpO2 ( ) %			
		○をつけて下さい		具体的に記載 (誰が、いつ、どこへ?、どのように?)		
自分の海外渡航歴 (1カ月以内)	なし	あり				
自分の国内移動歴 (1カ月以内)	なし	あり				
家族の海外渡航歴 (1カ月以内)	なし	あり				
家族や普段接する人 で発熱者・かぜの人	なし	あり				
【症状】			いつ頃からですか? (○をつけてください)			
発熱	なし	あり	今日	昨日	一昨日	4日以上前 ( )
だるさ	なし	あり	今日	昨日	一昨日	4日以上前 ( )
鼻汁	なし	あり	今日	昨日	一昨日	4日以上前 ( )
のどの痛み	なし	あり	今日	昨日	一昨日	4日以上前 ( )
咳	なし	あり	今日	昨日	一昨日	4日以上前 ( )
痰がらみ	なし	あり	今日	昨日	一昨日	4日以上前 ( )
息苦しさ	なし	あり	今日	昨日	一昨日	4日以上前 ( )
関節や体の痛み	なし	あり	今日	昨日	一昨日	4日以上前 ( )
頭痛	なし	あり	今日	昨日	一昨日	4日以上前 ( )
吐き気・嘔吐	なし	あり	今日	昨日	一昨日	4日以上前 ( )
下痢	なし	あり	今日	昨日	一昨日	4日以上前 ( )
味覚・嗅覚異常	なし	あり	今日	昨日	一昨日	4日以上前 ( )
その他の症状 (自由に記載)						
普段当院にかかりつけでない 方は持病・内服薬を記載して 下さい (薬手帳があれば不要)						
クリニック記載欄	薬局： ケーエム ・ 他薬局		待機： 待合室 ・ 管理室 ・ 屋外 ・ 車			
	診察室： 1 ・ 2 ・ 3		来院： 時 分/帰院： 時 分			