

インフルエンザ・新型コロナウイルス対策外来 問診票 ID:

漏れなく下記項目への記入をお願いします。

ふりがな お名前	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日
住所 〒 ー	日中連絡の取れる電話番号

該当箇所に○を囲んでください。

○職業：医療機関勤務・介護施設勤務・会社員・自営業・主婦・その他

○普段の生活場所：自宅・老人介護施設・その他

○濃厚接触者である。（はい・いいえ）

○COVID-19による隔離解除後である。（はい・いいえ） 隔離場所は（自宅・ホテル・病院）。

＊＊発熱歴のある方はインフルエンザ迅速検査を最初に行います。

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

●全身倦怠感 （あり・なし）： / から

●味覚嗅覚障害 （あり・なし）： / から

●腹痛 （あり・なし）： / から

●下痢 （あり・なし）： / から

●排尿時痛・違和感（あり・なし）： / から

●頻尿 （あり・なし）： / から

●咽頭痛 （あり・なし）： / から

●鼻水 （あり・なし）： / から

その他に症状ある場合は右記に記入してください。

●新型コロナウイルス検査を希望しますか？（抗原検査を希望・PCR検査を希望・

いいえ・診察結果で考慮）

●インフルエンザ検査を希望しますか？（はい・いいえ）：発熱歴のある方は行います。

＊ 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(小児喘息・咳喘息も含む) () アトピー性皮膚炎 () 花粉症 () 糖尿病

() 緑内障 () 不整脈 () 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）

薬品名と症状： _____

＊ 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

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