

初・再診 / 発熱のある方

名前 _____ 生年月日(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

電話番号 _____ 現住所 _____ 市 _____

- 本日から1ヶ月以内くらいで熱は出ましたか？ はい・いいえ
・ 出た方（熱はいつから _____ 熱 _____ ℃）
- 本日来院までに解熱剤を飲みましたか？ はい・いいえ
- 今回の熱(症状)で、どちらかの医療機関に行きましたか？ はい・いいえ
・ 行かれた方、病院名・来院日
(_____)
- 咳は出ていますか？ はい・いいえ
・ いつから出ていますか？ (_____)
- 咽頭痛、鼻水は出ていますか？ はい・いいえ
- 息苦しさや胸の痛みはありますか？ はい・いいえ
- 下痢はしていますか？ はい・いいえ
- 頭痛はありますか？ はい・いいえ
- 味覚・嗅覚で普段と変わった感じはありますか？ はい・いいえ
- 今年、ご本人・家族や周りの方で、海外に行かれましたか？ はい・いいえ
・ 行かれた方、行き先・渡航日
(_____)
- 身近にコロナウイルス感染者はいますか？ はい・いいえ
- コロナワクチン接種日（1回目 _____ 月 _____ 日・2回目 _____ 月 _____ 日・未接種）
・ 接種メーカーは？（ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ）
★ 3回目接種日は？（ _____ 月 _____ 日 ファイザー・モデルナ）
- PCR・抗原検査を希望しますか？ PCR 希望・抗原希望・要相談・不要

※ 問診のお答えに虚偽の記載があった場合、診療が著しく健康を害することがありますのでご注意ください。