

現在の体温： _____ 度 <発熱・感染症外来用問診票>

ふりがな	生年月日 大正・昭和・平成		
お名前	男・女	年	月 日 歳
ご住所 〒	携帯電話番号	—	—
	車種(お車に薬 をお届けします)	車種: 色:	ナンバー:
	<input type="checkbox"/> 徒歩・自転車などで来院		

1. 本日は、いつ頃から、どうされましたか？(下記の当てはまるものを○で囲んでください)

いつ頃から(___月 ___日頃から、 ___日前から、 ___ヶ月前から)

発熱(最高 _____ 度)、頭痛、悪寒、関節痛、だるい、咳が出る、痰がからむ、のどが痛い、息切れ、息が苦しい、吐き気、嘔吐、腹痛、下痢、食欲低下、味覚障害、嗅覚障害、その他(_____)

2. 2週間以内の新型コロナウイルス感染者、またはインフルエンザウイルス感染者との接触について

ある (コロナ インフルエンザ いつ頃: _____ 誰と: _____)
ない

3. 以前かかれた、または現在治療中のご病気はありますか？

はい(下記の当てはまるものを○で囲んでください)、 いいえ

高血圧、糖尿病、高脂血症、狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈、脳梗塞、呼吸器疾患、花粉症
 その他(_____)

4. 現在、服用している薬はありますか？ ※お薬手帳があればご提出ください。

はい(薬名: _____) いいえ

5. これまでに、薬や食べ物などでアレルギー反応が出たことはありますか？

はい(薬名: _____ 食品名: _____ その他: _____) いいえ

6. 喫煙歴はありますか？

吸っている (1日 _____ 本 _____ 歳～現在) 以前吸っていた (1日 _____ 本 _____ 歳～ _____ 歳) いいえ

7. 女性の方へお伺いします。

妊娠中(_____ 週目) 妊娠の可能性あり 授乳中 該当なし