

インフルエンザ・コロナの検査希望 (有 ・ 無)

体温(来院時) 酸素飽和度	℃ / SPO2	%	病院記載項目	FLU+COVID
			待機場所	車 (No.) ・ 徒歩()

発熱外来問診票

令和 年 月 日

携帯番号		性別	男 ・ 女	国籍	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)		
氏名	様	体重	Kg	職業	
現在の症状	咳	(あり ・ なし)		関節痛	(あり ・ なし)
	息苦しさ	(あり ・ なし)		強い倦怠感	(あり ・ なし)
	頭痛	(あり ・ なし)		鼻汁	(あり ・ なし)
	咽頭痛	(あり ・ なし)		その他	()
経過	・ 症状が出現したのはいつ頃から、どんな症状が出ましたか？ _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から、 (どんな症状が _____ 出始めた。				
	・ その後から、今日までの経過 (解熱剤の使用や他の病院に受診したことも記入してください) のようになりました この期間に、抗原キットの使用 : あり (結果 _____) ・ なし				
同居者	あり ・ なし ありの場合(続柄: _____)				
接触歴	感染者と一緒にいたことがありますか？ いる ・ いない いる場合 (いつ頃、だれが _____)				
現在かかっている病気					
アレルギー	あり・なし ありの場合 薬: _____ 食べ物: _____				
妊娠またはその可能性	あり (_____ ヶ月) ・ なし	授乳中	あり・なし		
喫煙歴	あり・なし (ありの場合: 1日 _____ 本位 喫煙歴 _____ 年)				
マイナンバーカードに関する確認事項	マイナンバーカードはお持ちですか？ <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			取得する保険情報 ・ 保険証情報 ・ 住所情報 ・ 過去の健診情報 ・ 過去のお薬情報	
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いたします。					