外来を受診される方へ

年　　月　　日

氏名：　　（　　歳）　**診察前の体温：**　　℃

身長　　cm　**体重**　　kg　BP　　mm/Hg　P　　SpO2　　%

■本日はどうされましたか？　当てはまるものに〇をつけてください。

症状	いつから	症状	いつから	症状	いつから
発熱		しんどい		咳・痰	
のどの痛み		息苦しさ		味覚・嗅覚異常	
鼻水		鼻づまり		関節痛	
頭痛		めまい		吐き気	
腹痛		下痢		嘔吐	
胸の痛み		動悸がする		便秘	
				排尿時の痛み	
その他					

■その症状に対し何か薬を飲みましたか？　（　はい　・　いいえ　）

薬を飲まれた方、お薬の名前は何ですか？（　　）

■2 週間以内にあなた、または同居家族が、新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか？　（　はい　・　いいえ　）

■2 週間以内に、多数が集まる換気の悪い密閉された場所に行きましたか？

（たとえば、会食、カラオケ、スナックなど）　（　はい　・　いいえ　）

■あなたが今までにかかった病気・治療中の病気があれば〇をしてください

高血圧　　心臓病　　肝臓病

糖尿病　　ぜんそく　　リウマチ

脳梗塞　　肺炎　　腎臓病

その他（　　）

■他の医院・病院で薬をもらっていますか？　（　はい　・　いいえ　）

■薬のアレルギー　（　有　・　無　）　有〔　　〕

■食品のアレルギー（　有　・　無　）　有〔　　〕

■タバコについて　（　吸う　1 日　　本　・　吸わない　）

■アルコールについて　（　飲む　　・　飲まない　）

■新型コロナワクチンを打ちましたか？　（　はい　・　いいえ　）

★「はい」の方　1 回目（　　月　　日）　2 回目（　　月　　日）

ワクチンのメーカーは何ですか？（　　）

■その他

今季、インフルエンザワクチンを接種されましたか？　（　はい　・　いいえ　）

■女性の方にお聞きします。

妊娠について　（　している　　週　・　していない　・　わからない　）

授乳中ですか？　（　はい　・　いいえ　）

☆記入し終わりましたら、看護師にお渡しください。