

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 来院時
 生年月日 年 月 日 歳 体温 _____ °C 脈拍 _____ 回/分 SpO2 _____ %
 身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ mmHg

1. 本日はどうされましたか？

- ・発熱 (はい・いいえ) 月 日 ~ °C
- ・のどの痛み (はい・いいえ) 月 日 ~
- ・咳 (はい・いいえ) 月 日 ~
- ・痰 (はい・いいえ) 月 日 ~
- ・呼吸苦 (はい・いいえ)
- ・鼻水、鼻づまり (はい・いいえ)
- ・頭痛 (はい・いいえ)
- ・関節痛 (はい・いいえ)
- ・倦怠感 (はい・いいえ)
- ・腹痛 (はい・いいえ)
- ・下痢 (はい・いいえ)
- ・嘔気 (はい・いいえ)
- ・嘔吐 (はい・いいえ)
- ・味覚、嗅覚異常 (はい・いいえ)

・その他

2. 発熱の方へ

- ① コロナの検査を病院や自宅で受けていますか？
 (はい ・ いいえ) 実施日 月 日 (陽性 ・ 陰性) 抗原キット持参 (有 ・ 無)
- ② 周囲にコロナ又はインフルエンザ陽性の方はいますか？
 (はい ・ いいえ) (コロナ ・ インフル) 誰ですか？ ()
 検査日 月 日
- ③ 新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか？ (はい ・ いいえ)

3. 今までにかかった病気・治療中の病気ありますか？

- 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 悪性腫瘍 ・ 慢性腎臓病
- 心臓病 ・ 脳血管疾患 ・ 慢性呼吸器疾患 (COPD 等) ・ 喘息
- 肺炎 ・ コロナ感染症 (年 月)
- その他 ()

4. 現在服用中のお薬ありますか？お薬手帳お持ちの方は提出お願いします。

(あり ・ なし) (当院 ・ 他院) ()

5. 薬のアレルギー (あり ・ なし) ()

6. 喫煙歴 (吸う (本 / 日) ・ 吸わない ・ 過去に吸ったことがある)

7. 飲酒 (飲む ・ 飲まない) ()

8. 女性の方へ 妊娠中又は妊娠の可能性はありますか？ (あり 週 ・ なし ・ わからない)
 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)