

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 来院時
生年月日 年 月 日 歳 体温 _____℃ 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・インフルエンザ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？ 検査日 月 日

(はい・いいえ) (コロナ・インフル) 誰ですか？ ()

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をお願いします。

(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 (1日 _____本 _____歳から) ・ 吸わない
過去に吸っていた (1日 _____本 _____歳から _____年間)

7. 飲酒

飲む (種類 _____量 _____週 _____回)
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)