□車　□内視鏡室　□外

小野寺記念たけなか医院　発熱問診票

年　　月　　日

フリガナ				生年月日	年　　月　　日（　　歳）				
氏名	（男性　　女性）			車種		車の色			
				メーカー		ナンバー			
住所									
職業	□医療従事者　□福祉施設関係　□学生　□会社員　□公務員　□飲食店勤務 □主婦、主夫　□その他（　　）								
電話番号				勤務先もしくは学校名					
携帯番号				勤務地	都道府県　　市町村				
現在の体温	℃	体重		Kg	SpO2		%	脈拍　　/分	

1：症状を教えてください

□発熱（最高＿＿℃　＿月＿日　）　□のどの痛み　□咳　□痰　□味覚,嗅覚障害

□体がだるい　□嘔吐　□吐き気　□下痢　□腹痛　□鼻づまり　□鼻水　□関節痛　□頭痛

□食事がとれない　□水分がとれない　□尿量が少ない　□市販のコロナ抗原陽性

□その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

2：症状はいつからですか？　（　＿月＿日＿時ころから）

3：過去2週間以内に渡航、出張、移動歴はありますか？

□なし　□あり　（＿月＿日　～　＿月＿日まで　移動先：＿＿＿＿　）

4：周囲に流行している感染症はありますか？それはどこで流行していますか？

□新型コロナ　□インフルエンザ　□溶連菌　□アデノ　□手足口病　□その他（＿＿＿＿＿＿＿＿）

流行している場所は？　（□職場　□学校、幼稚園、保育園　□家庭内　□友人　）

5：食べ物やお薬のアレルギーはありますか？　□なし　□あり（食品や薬剤名：＿＿＿＿＿＿）

6：治療中のご病気、または該当する項目はありますか？　□なし　□あり（下記もご記入ください）

□心不全　□高血圧　□高コレステロール血症　□糖尿病　□がん（抗がん剤の使用　□あり　□なし）

□気管支喘息　□肺気腫（COPD）　□脳梗塞　□脳出血　□くも膜下出血　□狭心症、心筋梗塞

□不整脈　□慢性腎臓病　□透析治療　（その他　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

7：現在使用しているお薬はありますか？

□なし　□あり（□当院での処方薬　□他院の処方）

他院の処方の場合は薬剤名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

8：たばこは吸われますか？　□今までなし　□禁煙して今はやめている　□喫煙中（1日＿＿本×＿＿年）

9：【女性の方へ】　妊娠中または授乳中ですか？　□該当なし　□妊娠中（妊娠　週）　□授乳中

10．コロナ抗原検査の希望　□あり　□なし　□検査をすでにしている　□相談して決めたい

11．インフルエンザ検査希望　□あり　□なし　□検査をすでにしている　□相談して決めたい