

お名前
(カタカナ)

□ ID

発熱外来用 問診票

*診察券のない方は診療申込書もご記入下さい

◎ (小学生以下の方) 体重

kg

◎診察前体温

℃

1.裏面の注意事項にご同意頂き問題なければ『はい』に○をつけて下さい。

はい ・ いいえ

2.症状に関してお伺いします。*必ずチェックをお願い致します。

いつ頃からですか。 頃から

◎3日前からずっと37.5以上の熱が続いていますか。(解熱剤を飲み続けなければならない間も含み)

□いいえ □はい □上がったたり下がったりしている(1日目 ℃ 2日目 ℃ 3日目 ℃)

◎強いだるさ・息苦しさはありますか。

□いいえ □はい

◎咳症状等は3日前からずっと続いていますか。

□いいえ □はい □夜間やお昼など決まった時間だけ咳が出る状態が続いている

◎味覚障害・嗅覚障害等ありますか。

□いいえ □はい

◎基礎疾患(糖尿病・心不全・呼吸器疾患)等がございますか

□いいえ □はい 病名: _____

◎過去にコロナウイルス感染症の検査をされたことはありますか?

□いいえ □はい (陰性 ・ 陽性) いつ頃 (年 月 日) 医療機関名 ()

上記以外に気になる症状等ございましたら記入ください

現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

□いいえ □はい →: _____ お薬手帳 □あり □なし

お薬の形(粉末・錠剤・シロップ等)の希望がありましたら記入してください。

□いいえ □はい →: □粉末 □錠剤 □シロップ

3.今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

□いいえ

□はい

→

薬剤名:

→

アナフィラキシー(けいれんやショック状態) □ある □ない

卵・牛乳のアレルギー

□いいえ

□はい

→

アナフィラキシー(けいれんやショック状態) □ある □ない

3.今までに大きな病気にかかったことはありますか。(けいれん、喘息、てんかん、先天性疾患など)

□いいえ □はい →: _____

4. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか

■ いいえ

■ はい

■ 可能性あり

授乳中ですか

■ いいえ

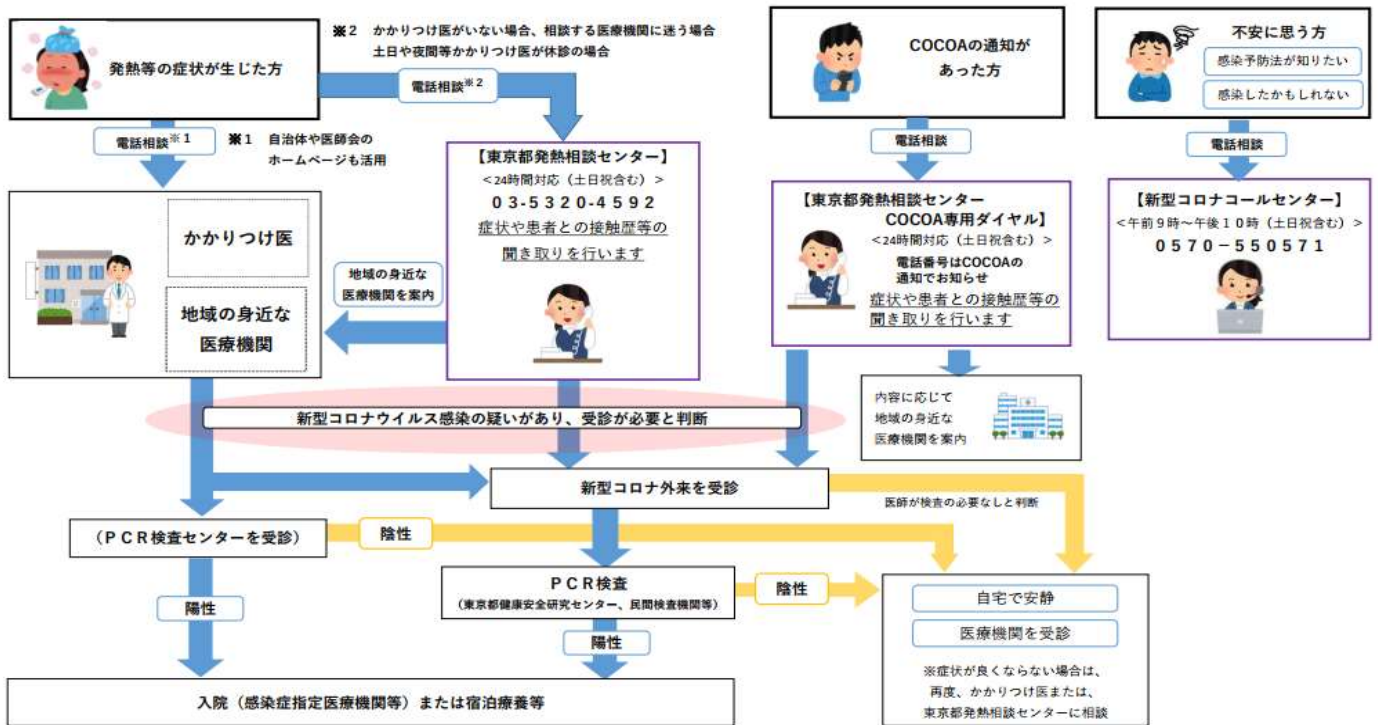
■ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。

院内の感染症対策の為 下記内容にご了解頂いた方のみ診察させていただきますのでご了承ください。

- 当院では医師の判断によりインフルエンザ迅速検査を実施する場合がありますが、新型コロナウイルスの検査各種は行っておりません。
- ・新型コロナウイルスの検査目的の方、濃厚接触にあたり速やかに検査が必要な方、検査・入院目的で紹介状希望の方はご自宅最寄りの検査医療機関へお問い合わせください。

都民の皆さまへ ～新型コロナウイルス感染症が心配なとき～



- インフルエンザ検査をご希望の方は、発症から12-24時間程度経過してから検査を受けられた方が検査精度が上がると言われています。それよりも早く受診されると罹患していても陰性の結果となる場合がございます。

※インフルエンザ検査の実施有無は医師の判断になります。

また、各種検査の際に本人の検査協力を5分以上得られない場合は、感染防止の観点より検査させて頂けない場合もございますのであらかじめご了承ください。

- 待合の密集を防ぐため、同行者は1名様までにご協力ください。
また、同行者含め必ず全員マスク着用をお願い致します。
- 皮膚科・耳鼻科・整形外科受診ご希望でも37.5℃以上の発熱がある場合は、受診をお断りする場合がございますので、予めご了承ください。
- ご了承頂ける方は発熱外来用待合にてお待ち頂く事となります。全ての診察が終わるまでは決められた場所以外(パーティションの外やレジ会計の前など)にはいらっしゃらないようお願い致します。