

体温	°C
SpO2	%

医療法人社団勝榮会いりたに内科クリニック

## 発熱外来問診票

受診日： 年 月 日

フリガナ	性別： 男性 ・ 女性
氏名：	生年月日：（西暦） 年 月 日 （ 歳）
住所：〒	
携帯：	自宅：
<p><b>【結果報告について】</b></p> <p>陽性・陰性に関わらず、結果は携帯電話の『ショートメール』にお送りいたします。 ※携帯電話をお持ちでない方は、電話連絡となります。</p>	
13歳以下の方のみ 体重：	kg

◆本日受診から10日前までにPCRまたは抗原検査した方はご記入ください。

⇒ PCR / 抗原（鼻腔 ・ 唾液） 検査日： / 結果：陰性 / 陽性

◆下記の該当する症状に○を付けてください。

症状はいつからですか？ 本日 ・ \_\_\_\_\_ 日前

発熱（最高 °C）・ 咳 ・ 痰 ・ 息苦しさ ・ 喉の痛み ・ だるさ ・ 関節痛 ・ 頭痛 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 味覚異常 ・ 嗅覚異常 ・ その他症状（ ）

◆薬・食べ物にアレルギーはありますか？

あり（ ） なし

◆既往歴・治療中の疾患等がありますか？

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 呼吸器疾患 ・ 心疾患 ・ 腎臓疾患 ・ その他（ ）

◆過去に新型コロナウイルスに感染したことがありますか？

はい（1番最近の感染年月日いつ： 年 月 日） いいえ

◆女性の方にお伺いします。

現在妊娠していますか？ はい いいえ 現在授乳中ですか？ はい いいえ

<p>医師記入欄</p> <p>発症日：</p>
--------------------------

<p>【検査】</p> <p>なし ・ 抗原 ・ PCR</p>
----------------------------------