

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：
【結果報告について】 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。	
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2ヶ月以内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

◆診察前にコロナ・インフル迅速の抗原検査をご希望されますか？

はい いいえ

※ご希望の場合ご確認ください。

発熱直後（約12時間以内）では、陰性になることがあります。

診察の順番が前後する場合がありますので、ご了承下さい。診察前に検査を行うことで、

クリニックへの滞在時間が短縮できますが、医師と相談してからの実施でも、もちろん構いません。

医師記入欄 発症日：

【検査】 なし・抗原・PCR
