

問診票（発熱患者様用）

記入日：令和

年

月

日

来院時間

:

氏名	(女・男)	ふりがな	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日 () 歳
住所	〒 -		
携帯電話番号		緊急連絡先	
来院手段	車 自転車 徒歩 (分)	緊急連絡先氏名	

症状はいつからですか		本身体温	℃	来院時体温	℃
発熱時期				SpO2	% P
症状 (該当欄に○)	咳 鼻水 喉の痛み 関節痛 味覚異常 嗅覚異常 腹痛 下痢 呼吸苦 倦怠感 頭痛 めまい 不眠 脱毛 その他 ()				

● マイナ保険証による診療情報（受診歴、薬剤情報、特定健診情報等）の取得について 同意する ・ 同意しない

● 新型コロナワクチン接種歴 (F:ファイザー、M:モデルナ、E:その他)

1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目 ・ 5回目 ・ 6回目 ・ 7回目 ・ 未接種

F・M・E

● インフルエンザワクチン接種歴

今年度 ・ 昨年度 いつですか？ (/ /)

● 2週間以内に新型コロナ感染症を疑う方と接触しましたか？	はい・いいえ	濃厚接触者	該当する ・ しない
誰といつ頃			
● 2週間以内の渡航歴はありますか？	はい ・ いいえ	地名/国名	
● 渡航歴のある方との接触はありましたか？	はい ・ いいえ	いつ頃	
● この症状について他の医療機関を受診しましたか？	はい ・ いいえ	病院/医師名	
● 慢性の病気で現在治療を受けていますか？	はい ・ いいえ		
当院既往歴	なし ・ あり	病名	病院/医師名
● 現在飲んでいる薬やサプリメントはありますか？	はい・いいえ	お薬手帳はお持ちですか？	はい ・ いいえ
市販薬やお薬手帳がない方でいま処方されている薬があれば記入して下さい。()			
● 過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか？	はい ・ いいえ		
病名/年月日			
● 過去に飲み薬や注射でアレルギー（発疹、気分が悪いなど）おこしたことがありますか？	はい ・ いいえ		
薬名/症状			
● 薬や食べ物でアレルギーがありますか？	はい ・ いいえ	それは何ですか？ ()	

* 女性の方にお尋ねします。

● 現在妊娠中もしくは授乳中ですか？	はい ・ いいえ ・ 可能性がある ・ 不明
--------------------	------------------------

阿部医院

電話：044-222-3450