

高宮消化器科内科医院 発熱外来 問診内容

記載日 (月 日)

(ふりがな)				
名前				
電話番号	固定)	携帯(必須)		
生年月日	S・H・R	年 月 日	(歳)	
住所	〒 -	住所:		
かかりつけ医	無・有()			
同居者	無・有()			
職業	職場での感染者 無・有()			
ワクチン	最終接種 : R	年 月	回目接種済 (ファイザー・モデルナ)	
既往歴				
内服中の薬	無・有 ()			
アレルギー	食物・花粉・薬剤・金属・日光・寒冷・他()			
喫煙歴	無・有(毎日・ときどき)	1日平均	本	
症状 (該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 発熱 °C	月 日~	<input type="checkbox"/> 関節痛	月 日~
	<input type="checkbox"/> 咳	月 日~	<input type="checkbox"/> 下痢	月 日~
	<input type="checkbox"/> 鼻水	月 日~	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	月 日~
	<input type="checkbox"/> 喉痛	月 日~	<input type="checkbox"/> 食欲低下	月 日~
	<input type="checkbox"/> 味・匂いの異常	月 日~	<input type="checkbox"/> その他の症状	月 日~
	<input type="checkbox"/> 頭痛	月 日~	〔 〕	
	<input type="checkbox"/> 倦怠感	月 日~		
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 透析治療 <input type="checkbox"/> その他()			
来院方法	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 他() →車 (車種: 色: No.:)			
リスク	<input type="checkbox"/> 海外渡航 () <input type="checkbox"/> 国内移動 () <input type="checkbox"/> 濃厚接触 () <input type="checkbox"/> 周囲の発熱者 () <input type="checkbox"/> その他 ()			