

事前に順番を取って来院されても対応できません。

記入日		年 月 日		かぜ症状問診票 (診察申込書)	
ふりがな		男・女	来院確認	※再来の方のみ	
氏名			初来 ・ 再来	ID	
住所	(〒 -)				
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和		年齢	携帯 電話番号	症状聞き取りにお電話します
	年 月 日		歳		
来院方法	徒歩など	車	車の方	色	ナンバー

かぜ症状の方は、院内での診察は出来ません。お車が院外の椅子での対応となります。
 かぜ症状外来だけでなく、通常の診療もしておりますので、受付・診察・会計までお時間がかかります。
 陰性の方について：会計計算ができましたら、お電話致します。院内までお越しください。

◆検査を希望しますか？ しない ・ する → インフルとコロナ検査両方 ・ コロナ検査のみ ・ インフル検査のみ

※PCR検査はしておりません。抗原検査になります。

◆自宅で検査しましたか？ いいえ ・ はい → いつ： 月 日 / 結果： 陰性 ・ 陽性

◆症状の確認 発熱（37.5度以上）はありますか？ ない ・ ある ・ あった（今は下がった）

発熱（37.5度以上）がある方・あった方 →

最高体温	() 度
熱の期間	いつからいつまで 日～ 日まで
解熱剤を服しましたか？	→ <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい → 時 分ごろ

喉が痛い (月 日～) ・ のどの不快感 (月 日～) ・ 咳 (月 日～) ・ 痰 (月 日～)

鼻水 ・ 鼻づまり ・ 寒気 ・ 息苦しい ・ 体がだるい ・ 関節痛 ・ 頭痛 ・ 胸痛 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 嘔吐

味覚障害 ・ 嗅覚障害 その他 ()

◆コロナ感染者との接触 ない ・ ある → 関係：家族・その他 () いつ： /

◆インフルエンザ感染者との接触 ない ・ ある → 関係：家族・その他 () いつ： /

◆現在治療中の病気はありますか？ ない ・ ある →

高血圧症・糖尿病・高脂血症・不整脈・喘息・腎臓病・がん・抗がん剤
免疫抑制剤・その他 ()

◆現在、服用中のお薬はありますか？ ない ・ ある → 薬名※ ()

↑お薬手帳必要 ※お薬手帳がある方は、記入不要

◆コロナワクチン接種 ない ・ ある → () 回接種済・最終接種月 () 年 () 月

◆今まで、コロナに感染したことはありますか？ ない ・ ある () 回 最終感染日： 年 月 日

◆今年インフルエンザ感染しましたか？ ない ・ ある 感染日： 月 日 ・ 今期ワクチン接種：未 ・ 済

◆身長 () cm ・ 体重 () kg ◆15歳以下の方 薬形状の希望： 水薬 ・ 錠剤

◆アレルギーはありますか？ ない ・ ある → (原因：)

◆アルコール 飲まない ・ 飲む → ビール 本/日 ・ 日本酒 合/日

◆タバコ 吸わない ・ やめた ・ 吸っている → () 本/日 ・ 喫煙歴 (年)

◆女性の方： 妊娠中、あるいは妊娠の可能性 → なし・ あり () 週 授乳中： なし ・ あり