

発熱外来問診票

カルテ No. _____

日付		生年月日	年齢
フリガナ 氏名		T・S・H・R 年 月 日	満 歳
住所	〒		
電話番号		身長	体重

< 症状 > 当てはまるものに✓をして下さい。

- 発熱(現在 _____ °C/最高 _____ °C) 鼻水 痰
 のどの痛み だるさ (倦怠感) 頭痛 関節痛
 嘔気/嘔吐 下痢 嗅覚・味覚障害 咳
 息苦しさ その他

・いつ頃から症状がありますか？ ・本日 ・ _____ 日前～

< 重症化リスク > 以下当てはまるものに✓をして下さい。

- 肥満 BMI ≧ 30 糖尿病 脂質異常症 高血圧
 慢性腎臓病 喫煙歴 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
 悪性腫瘍 (がん) その他 ()

< 検査希望 > ※コロナ及びインフル単体の抗原検査は現在行っておりません。

※抗原検査は数十分で結果が出ますが、PCR 検査の結果は2日ほどかかります。

- コロナ・インフルエンザ (抗原) コロナ (PCR)

希望無し

※既に検査している方：(コロナ陽性・陰性/インフルエンザ陽性・陰性) (日付 /)

< ※女性の方へ > 妊娠の可能性 あり (週) 授乳中