発熱外来問診票　　カルテ No.

日付	年　月　日	生年月日 T・S・H・R　年　月 日	年齢 満　歳
フリガナ 氏名			
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　℃/最高　℃)　□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）　□検査相談

□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　/　)

＜※お薬・食べ物にアレルギーはありますか？＞　ない　・　ある

ある方⇒　食べ物：　お薬：

＜※お子様へ＞　お薬の剤形の希望(　粉薬　・　シロップ　・　錠剤　・　カプセル　)

内服可能回数→　１日２回　・　１日３回

＜※女性の方へ＞　妊娠の可能性　□あり（　週）　□授乳中