

発熱者用問診票  
(全て記入をお願いします)

令和 年 月 日

体温 ℃ 脈拍 回/分 SpO2 %

1 氏名 (フリガナ) 車ナンバー

2 住所

3 電話 (自宅) (携帯) (家族緊急)

4 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 歳

未成年者の場合 親の氏名 携帯番号

マイナンバー保険証による診療情報連携に同意します。

お薬手帳があります。  この1年で健康診断を受診しましたか? はい・いいえ

記載ない場合、無しと考えて良いです(下記問診は診察に必要な項目は一つもありません)。

・インフルエンザワクチン接種 / いつ頃しましたか? 月 上旬・中旬・下旬

本日の症状を教えてください。(いずれの項目もとても重要なので、ご協力をお願いします。)

発熱 (日付と時間をお書きください(何時かも) )  咳  痰( 色)

鼻水( 色)  倦怠感  関節痛・筋肉痛  寒気  下痢  吐き気・嘔吐

息苦しさ  喉の痛み(強い・弱い・違和感)  食欲不振  頭痛  腹痛

その他の症状 ( )

発熱以外の症状はいつからありますか。

ご職業は? 職場は人との接触が多いですか? はい・いいえ

人との接触が多くなる場所・イベントは行きましたか? 場所:

・1週間以内の旅行はありましたか? 場所

・家族や職場、学校でコロナ/インフルエンザ/風邪の方はいましたか? (1週間以内) はい・いいえ  
発症者のご関係と、病名は?

・現在・過去に病気はしていますか? はい・いいえ 薬手帳もお願いします。

糖尿病  高血圧症  高脂質血症  心臓病( )  呼吸器疾患( )

腎臓病  肝臓病  脳梗塞・脳出血  その他( )

薬名

・薬や食べ物でアレルギーが出た事ありますか? はい・いいえ

・妊娠や妊娠の可能性 あり・なし ・授乳 あり・なし

検査の希望はありますか?  新型コロナウイルス検査 ( PCR検査  抗原検査)  
 インフルエンザ検査  溶連菌 (15歳未満に限る)

※抗原検査で陰性の場合、信頼性の問題から「感染している可能性があります」の診断になります。

※当院はマイナ保険証を利用し、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療に努めます。