

問 診 票 (発熱外来)

お名前 _____ 年齢 _____ 性別 男・女

体温 _____℃

1. ご自身の症状であてはまる項目に○をして下さい(複数可)

発熱 ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 関節痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 頭痛

その他(_____)

2. 上記の症状はいつ頃からですか _____ 月 _____ 日頃

3. ご家族、職場など周りにコロナ・インフルエンザの方はいますか

いない ・ いる → コロナ ・ インフルエンザ

→ あなたとの関係(_____) 陽性判明日(_____ / _____)

4. 本日インフル・コロナ検査を希望しますか

希望する → インフルコロナ同時検査 ・ インフル検査のみ ・ コロナ検査のみ

希望しない

5. 現在、服用しているお薬はありますか

なし ・ ある → (薬剤名: _____)

6. (女性の方のみ)妊娠されていますか

いいえ ・ はい ・ 疑いが有る

7. 薬、注射でアレルギーまたは副作用が有りますか

いいえ ・ はい → (薬剤名: _____)