風邪外来

ID

問 診 票

年　月　日

ふりがな		生年月日	（西暦）　年　月　日(満　歳)
お名前	（未成年の場合保護者名もご記入ください→）		
ご住所	（現在お住まいの住所を記入ください） 〒	ご職業	
TEL	携帯電話　　自宅 ※常に連絡のとれる番号を記入ください		

1. 今回の症状が始まったのは　月　日　来院時体温:　℃ SpO2:　% PR:

2. この症状で別の病院に受診していますか　いいえ / はい ➡ 紹介状　あり/ なし

3. あてはまる症状に✓をつけ、それぞれいつ頃からか記入してください(書ける範囲でお願いします)

□発熱　・昨日　℃　・おととい　℃
□自身で検査を受けて陽性になった→検査日:　月　日/検査方法:PCR 検査・抗原検査
□のどの痛み(　月　日から)　□せき　(　月　日から)　□強いだるさ(　月　日から)
□頭痛　(　月　日から)　□息苦しさ(　月　日から)
□味覚異常(　月　日から)　□嗅覚異常(　月　日から)
□吐き気　(　月　日から)　□嘔吐　(　月　日から)　□下痢　(　月　日から)
□その他のご症状(　)

4. インフルエンザウイルスまたは、新型コロナウイルス肺炎陽性者との接触はありましたか

いいえ / はい (インフルエンザ ・ 新型コロナ)

➡どの方が陽性でしたか？(　)

5.二週間以内に海外渡航をしましたか

いいえ / はい ➡　いつ頃:　渡航先:

6. 下記の疾患があれば、〇をつけてください

悪性腫瘍 / 慢性閉塞性肺疾患(COPD) / 慢性腎臓病 / 高血圧 / 糖尿病 / 喫煙歴

脂質異常症 / 肥満(BMI30 以上)

7. 他に治療中の疾患があれば、ご記入ください (　)

8. 普段から服用している薬はありますか？

いいえ / はい

！！重要！！

◎今までに、薬によるアレルギーが出た事はありますか？ ある方は薬品名と症状を記入して下さい

いいえ / はい ➡ (薬品名:　症状:　)

◎今までに採血等で気分が悪くなったことがありますか？　はい ・ いいえ

◎緑内障の既往歴はありますか？　はい ・ いいえ

◎(男性の方のみ)前立腺肥大症の既往歴はありますか？　はい ・ いいえ

◎(女性の方のみ)　現在、妊娠中ですか？　はい (　週) ・ いいえ

現在、授乳中ですか？　はい ・ いいえ

田村クリニック