

月 日 予約時間  
カルテ番号

ID NOW ( )  
COVID-19 ( )  
Full ( )

## 外来問診票

以下の欄に記入をお願いします

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日(年齢)	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒 -		
電話番号	会計は携帯電話でお呼びしますので、着信がわかるようお願い致します。 自宅 ( ) 携帯 ( )		
女性の方のみお尋ねします	<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( 月)		<input type="checkbox"/> 授乳中
熱はいつからですか？ 何度でしたか？	月 日 時から ℃ ・ 測定していない		
最高で何度まで 上昇しましたか？	月 日 時 ℃ ・ 測定していない		
症状はいつからですか？	月 日 から		
どんな症状ですか？	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他( )		
コロナワクチンの接種歴	未接種 ( ) 回 最終接種 年 月		
治療中の病気はありますか			
かかりつけの病院	当院 他院( )		
定期的に内服している薬剤	なし・あり (薬剤名 )		
薬や食べ物のアレルギー	なし・あり ( )		
解熱鎮痛剤の使用	なし・あり (薬剤名 )		
車でお越しの方	(ナンバー 色 )		

※病院記入欄

今の体温	℃	酸素飽和度	%
抗原検査の使用	なし・あり (陽性・陰性、検査日 / )		キットの持参 あり・なし
同じ症状の方は	いない・いる (続柄: )		
検査の希望	ID NOW / インフルエンザ / 同時キット / 検査希望なし / Dr判断		
発熱	月 日 時から	最高 ℃	現在 ℃
症状	咳・咽頭痛・鼻水・頭痛・関節痛		
罹患歴	コロナ( 年 月) インフルエンザ ( 年 月)		

緑苑クリニック