

発熱外来 問診票

2020年 月 日

氏名：	(男 ・ 女)	生年月日：昭・平 年 月 日
住所：	携帯：	電話：

※症状によってはお車でお待ちいただく場合があります。ご了承下さい。

お車の 色：() ナンバー：()

●下記の症状がある方は□チェックして下さい。

☐ 発熱	約	日前から (度くらい)
☐ 咳・痰・のどの痛み	約	日前から
☐ 倦怠感	約	日前から
☐ 筋肉痛・節々の痛み	約	日前から
☐ 下痢・吐き気	約	日前から
☐ その他 ()		

●集団感染のリスクについてお聞きます。2～3週間の間に

- ☐ 海外に行った どこに：() izzごろ：()
- ☐ 国内（県外）への移動 どこに：() izzごろ：()
- ☐ 密な接触 (☐ ジム ☐ カラオケ ☐ ライブハウス等のイベント ☐ その他 _____)
- ☐ 家族や職場で発熱者、体調不良者がいる izz関係：()

●現在治療中の病気があればお書き下さい。

- ☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 慢性呼吸器疾患 ☐ 心臓病
- ☐ がん ☐ その他 ()

●喫煙について ☐ タバコを吸う (歳から) ☐ タバコは吸わない

●花粉症（アレルギー性鼻炎）の症状が ☐ ある ☐ 無い

●現在、服用しているお薬があればお書きいただくか、お薬手帳を提示下さい。

●女性の方へ 現在妊娠していますか？ ☐ している (週) ☐ していない

※症状や状況により保健所に連絡する場合がございます。ご理解下さい。

伊達病院 院長