

# 発熱外来診療申込書

年 月 日 予約時間：

患者ID:

車( )  
部屋( )

※記入間違えないようにご注意ください。

ふりがな		性別	生年	明 / 大 / 昭	年	月	日	年齢
氏名		男	月日	平 / 令				
		女	ご職業		身長 (cm)	体重 (kg)		
住所	〒 — —		緊急連絡先 (ご本人以外で連絡可能な方) ※必ず記入して下さい。					
同居 家族 構成	祖父 ・ 祖母 ・ 父親 ・ 母親 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 夫 ・ 妻 ・ 子 ・ 孫 施設入所中 / 一人暮らし / その他 ( )		ふりがな					
			氏名		(続柄: )			
			電話・携帯		— —			
自宅電話	— —		●新型コロナ抗原検査・インフルエンザ迅速検査 (流行期を除く) を実施させていただきます。					
連絡先 (本日の診察は電話でお呼び出します。)			●新型コロナワクチン接種状況					
電話・携帯	— —		回数 : 未接種 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 最終接種日 : 年 月 日 メーカー名 : ファイザー ・ エル礼 ・ その他 :					

①発熱はいつからですか ( 月 日 時頃から 度 ) 現在T:  
発熱の経過は  
②体調について SPO2:

咳	なし	あり	激しい	筋肉や節々の痛み	なし	あり	激しい
痰	なし	あり		食欲低下	なし	あり	
呼吸苦 (息苦しさ)	なし	あり	激しい	吐き気	なし	あり	激しい
倦怠感 (体のだるさ)	なし	あり	激しい	下痢	なし	あり	
頭痛	なし	あり	激しい	味覚異常	なし	あり	
咽頭痛 (のどの痛み)	なし	あり	激しい	嗅覚異常	なし	あり	

③そのほかの症状はありますか なし・あり



④14日以内の接触歴について

新型コロナウイルス感染症と診断された人と濃厚接触(同居家族)がある	なし	あり
新型コロナウイルス感染症と診断された人と間接的な接触がある	なし	あり
ご自身でコロナ検査キットを使用していますか。	なし	あり
抗原検査キット結果は陽性でしたか。	陽性	陰性
以下のいずれかに参加している 大人数での会食・宴会 接待を伴う飲食 密閉空間に大人数で集まるイベント クラスターが発生しているような空間	なし	あり
海外へ渡航している	なし	あり
渡航期間 月 日 ~ 月 日 帰国 国名:		

⑤最近、ご家族や周りの方でインフルエンザと診断された方 または、同様な症状の方がいる ▶ いいえ・はい

⑥これまでにかかった病気はありますか? ▶ いいえ・はい

悪性腫瘍 ・ 喘息やCOPDなど呼吸器疾患 ・ 慢性腎臓病 ・ 心血管疾患  
脳血管疾患 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症  
その他 ( )

⑦現在、該当するものはありますか? 透析療法中 ・ 免疫抑制剤加療中 ・ 抗がん剤加療中

⑧現在、飲んでいる薬はありますか? ▶ いいえ・はい  
※おくすり手帳をお持ちの方は、診察時にご提示ください。  
(薬名: )

⑨薬や食べ物のアレルギーはありますか? ▶ いいえ・はい  
(内容: )

⑩タバコは吸いますか? ▶ いいえ・はい (1日 本× 年間)

⑪女性の方にお聞きします。

- ・ 現在、妊娠していますか? ▶ いいえ・はい ( 週 日)
- ・ 授乳中ですか? ▶ いいえ・はい

※当院ではプライバシーポリシー (個人情報保護方針) に則り、患者さまの個人情報を利用させていただきます。