

# 熱のある方

自宅からの時間 \_\_\_\_\_ 案内時間 \_\_\_\_\_ 受診日 R4年 月 日

診察券番号 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 電話番号 \_\_\_\_\_

① ここ1週間のうちに37°C以上の発熱があった日付、体温 \_\_\_\_\_

② 現在のお熱は何度ですか \_\_\_\_\_ °C

③ 解熱剤は服用しましたか

いいえ ・ はい いつ \_\_\_\_\_ 服用した薬の名前 \_\_\_\_\_

④ 今回の症状で内科や他の病院にかかりましたか

いいえ ・ はい 受診した日付 \_\_\_\_\_ 処方内容 \_\_\_\_\_

⑤ 食事は出来ますか いいえ ・ はい

⑥ 症状があるものに○を付けて下さい

咳 胸の痛み 息苦しさ 倦怠感 頭痛 筋肉痛 関節痛 下痢 嘔吐

鼻水 咽頭痛 耳の痛み 難聴 嗅覚障害・味覚障害 扁桃炎 その他 \_\_\_\_\_

⑦ 職場や学校、家族にコロナ罹患患者はいますか いいえ ・ はい

⑧ 基礎疾患はありますか はい・いいえ

心疾患 糖尿病 高血圧・心血管疾患 慢性呼吸器疾患 肝炎 慢性腎臓病 悪性腫瘍

免疫低下 肝硬変 妊娠中 肥満 その他 \_\_\_\_\_

⑨ 服用中の薬はありますか いいえ ・ はい \_\_\_\_\_

⑩ PCR検査・抗原検査を受けたことがありますか

いいえ ・ はい 直近の結果 \_\_\_\_\_

⑪ 直近の新型コロナワクチンを接種した年月日をご記入ください。

20 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ファイザー・モデルナ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

1回・ 2回・ 3回・ 4回・ 未接種

【次回診察時】 遠隔で順番取ってOK ・ 電話必要 【薬局】 OK ・ NG