

フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日 才
名前					
住所	〒 _____				
電話	(携帯) _____				

●今日はどのような症状で来られましたか？ あてはまるものにチェックしてください。

- 発熱     せき     鼻水     鼻詰まり     息切れ     息苦しい     たん  
 頭痛     ノドの痛み     嘔気     嘔吐     腹痛     下痢  
 いびき     無呼吸     禁煙外来     その他 ( \_\_\_\_\_ )

●その症状はいつからですか？

- 今日     昨日    月 日頃から  
 発熱の方⇒ 月 日 時頃から⇒ 高い時何℃ありましたか？ ( \_\_\_\_\_ ℃ )

●今までにかかった病気・手術・ケガはありますか？     なし     あり

- 高血圧     糖尿病     喘息     高脂血症     心臓病     腎臓病     肝臓病     脳卒中  
 前立腺肥大症     緑内障     癌 ( \_\_\_\_\_ )     その他 ( \_\_\_\_\_ )

●現在、何かお薬を飲まれていますか？

- なし     あり ( \_\_\_\_\_ )

※お薬手帳はお持ちですか？     なし     あり ⇒ 受付へお出してください。

●アレルギーはありますか？

- なし     あり  
 食べ物 ( \_\_\_\_\_ )  
 薬 ( \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

●嗜好品についてお答え下さい。

- 喫煙     なし     あり  
 ( \_\_\_\_\_ 本/日) ( \_\_\_\_\_ 年前) にやめている  
 アルコール  なし     あり  
 (種類と量 \_\_\_\_\_ )

●女性の方にお尋ねします。妊娠中ですか？

- いいえ     はい ⇒  ヶ月     出産予定日 \_\_\_\_\_ 月 日

●授乳中ですか？

- いいえ     はい

●インフルエンザの予防接種を行なっていますか？

- 未     済 ( \_\_\_\_\_ 月頃)

●家庭内や職場・学校内等にインフルエンザや新型コロナウイルス感染者はいますか？

- いいえ     はい  
 ⇒ ( \_\_\_\_\_ )

スタッフ記載

<バイタル>	バイタルチェック希望
BT _____ ℃	あり    なし
P _____ 回/分	
BP _____ / _____ mmHg	
SpO2 _____ %	