発熱外来診察申込書

年　　月　　日

フリガナ		生年月日	
氏　名	男 女	大正　昭和 平成　令和	年　　月　　日生（　　歳）
住　所	〒　　－		
職　業		必ず繋がる連絡先	TEL：（　　）　　－

同居人の有無	有　・　無	身長	（　　）cm	体温 スタッフ記入	℃
ワクチン接種歴	有（　　回）・無	体重	（　　）Kg	SpO_2 スタッフ記入	%

問１．２週間以内に市外へ外出されることはありましたか。

□ある ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　□なし

問２．本日はどのような症状で来院されましたか。

いつから ＿＿＿＿＿＿＿＿　症　状 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

問３．現在治療中の病気はありますか。

□ある　病名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　　□なし

問４．現在服用している薬はありますか。

□ある　薬品名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　　□なし

病院名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

問5．過去に医師から診断されたことのあるものを選んでください。

□ 悪性腫瘍　□ 呼吸器疾患　□ 慢性腎臓病
□ 高血圧　□ 糖尿病　□ 脂質異常

問６．注射・内服薬・ぬり薬・点眼薬その他の薬で何か異常が起こったことがありますか。

□ある〔薬品名〕＿＿＿＿＿＿＿＿　　□なし

問7．下記の製品を使用して異常があったことがありますか。

□ある　該当する製品を〇で囲んでください。　　□なし
｛塗料・化粧品・毛染・洗剤｝

問8．食品を食べてじんま疹・腹痛・下痢を起こしたことがありますか。

□ある　卵・牛乳・そば・牡蠣・蟹・さば・その他（　　）□なし

問9．たばこ、アルコールについて

たばこ歴：□ 吸う（１日　　本　喫煙年齢　　歳から）□ 吸わない
アルコール歴：□ 飲む（　週　　回　　１回量　　杯　）□ 飲まない

問10. お薬の選択について

□先発品を希望　□後発品（ジェネリック医薬品）を希望　□どちらでもよい
（但し、成分により後発品がない場合があります）

神戸マリナーズ厚生会病院

Q-4-KM-事-117