

発熱外来診察申込書

年 月 日

フリガナ				生年月日		
氏名	男	大正 昭和		年 月 日生 (歳)		
	女	平成 令和				
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	%	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

マイナ保険証の診療情報取得に同意しますか。 はい いいえ

問1. 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2. 周囲で感染症（新型コロナ・インフルエンザ等）の陽性の方はおられますか。

いる（続柄： _____） 病名 _____ いない

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。 ※お薬手帳ご提示頂ければ記載不要です

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○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