

カルテ番号

月 日 予約時間

外来問診票

以下の欄に記入をお願いします

今の体温	℃
氏名/フリガナ	/
年齢/性別	歳 / 男・女
生年月日	西暦 年 月 日
住所	〒 -
電話番号(緊急連絡先に○)	自宅 () 携帯 ()
その他の連絡先	(続柄)
女性の方のみお尋ねします	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (か月) <input type="checkbox"/> 授乳中
抗原検査の使用	なし・あり (陽性・陰性、検査日 /) キットの持参 あり・なし
経過	症状はいつからですか? / どんな症状ですか?
	熱はいつからですか? / 最高で何度まで上昇しましたか? 月 日 時から / °C ・ 測定していない
現在、以下の症状がありますか	<input type="checkbox"/> 37.6℃以上の発熱 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他()
同じ症状の方は	いない・いる (続柄:)
コロナワクチンの接種歴	未接種 () 回 最終接種 年 月 日
治療中の病気はありますか	糖尿病(なし・あり)
かかりつけの病院	
定期的に内服している薬剤	なし・あり (薬剤名)
薬や食べ物のアレルギー	なし・あり ()
今回の症状での受診歴	なし・あり (病院)
解熱鎮痛剤の使用	なし・あり
検査の希望	なし・あり 費用 約500~3000円 / 保険の負担割合で変わります ※診察代+その他の検査代がかかります

※病院記入欄

待機場所	車(ナンバー 色) / 2階 / 階段下
酸素飽和度	%

緑苑クリニック