発熱外来診療録・問診票

酸素飽和度　　%

ふりがな		体重　　Kg	
氏名			
住所	〒		
電話番号		喫煙歴なし・あり（　　年×　　本数）	
生年月日：西暦　　年　　月　　日　（　　歳）		性　別：□男　□女	
※未成年の場合のみ記入 保護者氏名：			

症状のあるものにチェック・〇で囲む	□ 体温　来院時　　℃ 受診前日　　℃	発熱はいつからありましたか？ 月　　日から　　日間
	□ 咳・息苦しさ・息切れ	月　　日から
	□ 全身倦怠感・筋肉痛・関節痛	月　　日から
	□ 味覚異常・嗅覚異常	月　　日から
	□ 鼻水・鼻閉	月　　日から
	□ 咽頭痛・咽頭違和感	月　　日から
	□ 嘔気・嘔吐・下痢	月　　日から
	□ 腹部違和感・腹痛	月　　日から
	□ 頭痛	月　　日から
	□ 胸痛	月　　日から
	□ その他（　　）	月　　日から
該当にチェック	□ 基礎疾患あり	□糖尿病　□高血圧　□脂質異常症　□脳血管疾患　□認知症 □心不全　□呼吸器疾患□抗がん剤の使用　□その他
	□ 妊娠	週
	□ アレルギー	該当する場合　（　　）
該当にチェック	□ 行動歴・接触歴等	□ 家族内（同居人）に発熱、感冒症状の人あり
		□コロナ陽性 □コロナ陰性・□インフル陽性 □インフル陰性
		□ 発症前2週間以内に、感染者との接触あり
		↳ 接触した人（　　）
		□ 医療従事者
	□ ワクチン接種歴	新型コロナ：□ なし □あり→　　回
		インフルエンザ：□ なし　□あり
	□ 抗原検査施行済　（鼻腔・唾液）	検査実施日　/　　コロナ（陽性・陰性）インフルエンザ（陽性・陰性）

※以下はスタッフの記載となります。　記入しないで下さい。

志木南口クリニック			**発症日**	
検査結果	インフルエンザ　A・B型	□ 陽性□ 陰性	溶連菌感染症	□ 陽性□ 陰性
	コロナ抗原	□ 陽性□ 陰性	アデノ・RSウイルス感染症	□ 陽性□ 陰性