

志木南ロクリニック 発熱外来 問診票

酸素飽和度 _____ %

ふりがな			性別	体重
お名前			男 ・ 女	kg
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日 (才)
郵便番号	〒 _____ - _____			
住所				
電話番号	(_____)			
喫煙歴	なし _____ あり (_____ 年 × _____ 本数)			
発熱はいつからありましたか	本日の体温 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ 時 から			
気になる症状を選択して下さい	咳 鼻水 のどの痛み 吐き気 嘔吐 腹痛 下痢 頭痛 倦怠感 関節痛 その他()			
基礎疾患がある方は選択して下さい	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()			
妊娠中/授乳中ですか	いいえ はい _____ 週			
アレルギーはありますか	いいえ はい 薬剤() その他()			
ご自身で抗原検査を実施していれば結果を選択して下さい	検査日 / _____ コロナ(陽性/陰性) インフルエンザ(陽性/陰性)			