ID：

発熱外来を受けられる方へ

記入日　　年　　月　　日

ふりがな		男	電話	自宅
氏名		女		携帯
	（　　年　　月　　日生　　歳）			
住所	〒			

■いつから体調が悪くなりはじめましたか？

月　　日　（朝・昼・夕）から

■どんな症状がありますか？特にひどいものに◎をつけてください。

1)体がだるい　2)発熱（最高　　℃）　3)鼻水　4)鼻づまり　5)くしゃみ

6)のどの痛み　7)咳　8)頭痛

9)腹痛　10)胃痛　11)はきけ　12)嘔吐　13)下痢

14)胸痛　15)胸がドキドキ　16)息切れ

17)その他

■現在治療している病気や、以前にかかった病気はありますか？

・なし

・あり　⇒　ぜんそく・緑内障・前立腺肥大症・高血圧・糖尿病・脳梗塞・心筋梗塞・狭心症・胃十二指腸潰瘍・肝臓病・がん（　　）・その他（　　）

■現在飲んでいる薬はありますか？もしあれば**すべて**記入してください。

①なし　②あり（薬：　　）

■薬を飲んだり注射して、気分が悪くなったり発疹がでるなどのアレルギーがでたことはありますか？

①なし　②あり（薬：　　）

■食べ物のアレルギーはありますか？

①なし　②あり（　　）

■女性の方のみ、お答えください。

現在妊娠の可能性はありますか？　①はい　②いいえ　　現在授乳中ですか？　①はい　②いいえ

■COVID19（新型コロナ）の抗原検査は希望されますか？

①希望する　②希望しない

■診察時に特に聞きたいことがあれば記入してください。