

SpO2 % <発熱外来> A・B・C室 来院日 月 日

(ふりがな)

お名前

男

女

年齢 歳 ヶ月 体温 ℃

身長 cm 体重 kg

☆症状

職業：学生・会社員・その他（ ）

・熱はいつからありますか？ 1日ごとの経過も含め詳しくお書き下さい。

- ・咳・痰 無 / 有( 月 日~)      ・呼吸苦 無 / 有( 月 日~)
- ・咽頭痛 無 / 有( 月 日~)      ・鼻水 無 / 有( 月 日~)
- ・味覚障害 無 / 有( 月 日~)      ・嗅覚障害 無 / 有( 月 日~)
- ・だるさ 無 / 有( 月 日~)      ・その他( )
- ・コロナワクチン接種 無 / 有(接種日:1回目      2回目      3回目 )
- ・家族や周囲に同じような症状の人はいますか？ いない / いる( )
- ・2週間以内の海外渡航もしくは海外渡航者、コロナの方との接触はありましたか？  
無 / 有(誰ですか？ )

☆健康状態について

- ① 今まで何か病気や入院をされたことはありますか？ ない ある  
(例:60歳肺癌 )
- ② 現在治療中の病気はありますか？ ない ある  
・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・心臓の病気 ・緑内障 ・他( )
- ③ 現在内服中のお薬はありますか？ ない ある 診察医にお薬手帳もお出し下さい  
(内容: )

☆お薬のアレルギーはありますか？ ない ある( )

☆飲むお薬の種類 シロップ・粉・錠剤・漢方

☆熱性痙攣の既往はありますか？ いいえ はい (最終痙攣: 歳 ヶ月)

☆女性の方・授乳中 いいえ はい ・妊娠中 いいえ はい (妊娠 週)

☆住所 〒

☆携帯電話 ( )( ) ( ) 本人・母・父・他( )

その他の連絡先 (ある方は記入して下さい) ( )( ) ( )