**≪発熱患者様　問診票≫**

SｐＯ２　　　％

**グレー部分は当院で記載します。それ以外をご記入ください。**

　　・来院予約日時（　　　/　　　：　　）

・妊娠の有・無→　※妊娠中の方はお受けできません

・呼吸苦の有無→

氏名　　　　　　　　　　　　（初診・再診）ID

※再診の方は、氏名・ＩＤのみ記入ください

生年月日（西暦）　　　　　　　　　　　　年齢

住所〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

連絡先電話番号（　　　　　　　　　　　　）携帯・自宅・勤務先・家族

連絡先電話番号（　　　　　　　　　　　　）携帯・自宅・勤務先・家族

1. 現在の症状

・周囲のコロナ感染者（有・無）　インフルエンザ感染者（有・無）

・発症日（　　月　　日）

・発熱　(有・無)　 最高体温　　　　℃　現在体温　　　　℃

・解熱剤服薬（有・無）薬名：

・咽頭痛・味覚・嗅覚障害・咳・鼻水・下痢・頭痛・関節痛

・薬処方希望(有・無)

1. コロナワクチン（接種・未接種）　　回（最終　　　年　　月）
2. 既往歴

・悪性腫瘍・肺疾患・腎臓病・高血圧・糖尿病・脂質異常症

・心臓病・脳卒中・免疫抑制剤、抗がん剤の使用

・喫煙歴（有・無）

※お持物：保険証、あれば公費等医療証・お薬手帳、現金支払い

※唾液PCR注意点：予約の30分前から飲食、うがい、歯磨き禁止

□BMI（　30以上・30以下　）□PCR□抗原□トリアージのみ

□重症度　（　軽　・　中Ⅰ　・中Ⅱ　）□インフル抗原

□検査件数報告（　　/　　＋・－）　□HER-SYS　　/　　□G-MIS