

以下の項目にお答えください。

※小児科受診希望の患者様のみ体重を教えてください		Kg	
1.来院時の体温	()	℃)	
2.発熱(37.0℃以上)したことがある。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	最高体温()
発熱した日時	月	日	時ごろ 体温()
3.発熱以外の症状を下記に記入して下さい。 ※コロナウイルスの検査希望の方はお声掛けください。			
<input type="checkbox"/> 咳	()	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	()
<input type="checkbox"/> 頭痛	()	<input type="checkbox"/> 倦怠感	()
<input type="checkbox"/> 呼吸苦	()	<input type="checkbox"/> 鼻炎・鼻づまり	()
<input type="checkbox"/> その他	()	()	()
4.抗原キット検査しましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
・いつ	[]	月	日
・検査方法	[]	<input type="checkbox"/> 唾液	<input type="checkbox"/> 鼻腔
・結果	[]	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性
・検査した抗原キットは持ってきていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
5.何科希望ですか?	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> その他()
処方希望	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
6.新型コロナウイルスに感染したことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	・いつ
			年 月 日
→3か月以内に感染歴ある方は医師の判断により検査方法が変わる場合があります。			
7.身近にコロナウイルスに感染してる人はいますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
誰ですか?	()	いつから	月 日
8.渡航歴はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
・いつから	月 日	～	月 日まで
			どこへ ()
9.現在、何らかの病気にかかって、治療を受けていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
・病名	()	飲んでいる薬	()
			例)高血圧等
10.薬剤アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	・薬剤名()
11.コロナウイルスワクチン接種回数を教えてください。	()	回)	
・接種時期を教えてください		年	月頃
12.妊娠の可能性はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	・授乳中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

診療申込書

(フリガナ)			
患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年	月	日
		年齢	歳
保護者氏名	続柄() 連絡先		
住所	〒		
電話番号		-	-
本日はお車で来院ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	色: ナンバー:

以下医師記入欄

発熱外来(PCRインフルなし・PCRインフルあり・抗原インフルなし・検査なし診察)

内科・耳鼻咽喉科・その他()

2023.7.27~