

(看護師記入欄)

インフル + / -

コロナ + / -

### 発熱外来 問診票(事務用)

ID		受診時間	:	
フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
氏名		男・女	年齢	歳
住所	〒	—	体重	(薬処方時に必要のため) kg
電話番号	携帯	—	車種	色: ナンバー:
	(今繋がる番号を記入して下さい)			

・体温・発熱について

発熱の始まり 月 日 : 頃

本日の体温 度 最高体温 月 日 時 度

・症状について(例: 〇月〇日 10:00 から頭痛、鼻水、喉の痛み、37.5の発熱 など)

1. 月 日 : から
2. 月 日 : から
3. 月 日 : から
4. 月 日 : から
5. 月 日 : から

・本日検査の希望 希望するものすべてに〇

( 希望なし / インフルエンザ / コロナ )

・お薬処方の希望 希望する剤形すべてに〇

( お薬希望なし / シロップ / 粉 / 錠剤 )

発熱・咳・痰・喉の痛み・鼻水・鼻詰まり・下痢・吐き気・嘔吐・寒気・頭痛・関節痛・その他( )

・検査希望する方で陽性の場合、専用薬を希望しますか 希望するものすべてに〇してください

( 専用薬希望なし / インフルの専用薬希望 / コロナの専用薬希望 ※3割負担の方で30,000円程 )

・周りでの感染症について(例: 会社で、学校で、家で、職場の人が、クラスメイトが、母が、息子が)

いつ

どこで 誰が インフルエンザ・コロナ (〇してください)  
その他( )

・現在飲んでいる薬(わかる範囲で記入、お薬手帳あるかたは看護師にみせてください)

・通院先病院名 病名

・飲んでいる薬

・お薬の受け取りについて

柏林台薬局(当クリニックの隣) / その他かかりつけ等の薬局