

問診票 (かぜ症状のある方)

受診日： 年 月 日 / 体温： °C

当院への受診歴	あり・なし	性別	生年月日	年齢
ふりがな		男・女	西暦 年 月 日生	歳
氏名				
(保護者の氏名)		体重 (14歳以下の方のみ) : kg		
住所	〒 -			
日中連絡のとれる連絡先	(携帯) -			

以下の質問にお答え下さい。		いいえ	はい	
症状	1 熱はありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/> 本日から ・ 日前から、最高 °C)
	2 下記に該当する症状がありますか。該当する症状をチェックして下さい。	<input type="checkbox"/> 該当する症状なし <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 食欲不振・低下 <input type="checkbox"/> お子様のみ:活気なし		
	3 その他、気になる症状はありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	()
接触	4 周囲にインフルエンザに感染している人はいますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いつ() どこで()
	5 周囲に新型コロナウイルスに感染している人はいますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いつ() どこで()
	6 最近、人の多く集まる所にいきましたか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	いつ() どこへ()
基本情報	7 現在、治療中の病気はありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	()
	8 現在、内服している薬はありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	薬の名前()
	9 過去に大きな病気や手術の経験はありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	()
	10 薬のアレルギーはありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	薬の名前()
	11 女性の方：妊娠している可能性はありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 妊娠 週目
その他	12 今シーズン、インフルエンザワクチンを接種しましたか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1回 (月 ・ <input type="checkbox"/> 初旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬) / <input type="checkbox"/> 2回
	13 過去に新型コロナウイルスに罹患しましたか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	発症日() 検査日()
	14 その他、気になること・医師へ伝えておきたいことがありましたらご記載ください。			

本人又は保護者記入欄	インフルエンザ・新型コロナウイルス迅速検査を実施することに同意します。	署名
------------	-------------------------------------	----

※検査結果の診断書は希望しますか (日本語診断書 3,500円+税・・・はい いいえ)

▼医療者記入欄▼

本日実施した検査	結果
<input type="checkbox"/> インフルエンザ抗原検査迅速	陰性 / 陽性
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス抗原検査迅速	陰性 / 陽性
<input type="checkbox"/>	陰性 / 陽性

バイタルサイン(必要時)	
・体温： °C	・SpO2： %
・血圧： / mmHg	
・脈拍： bpm	・呼吸数： /min

※新型コロナウイルス検査が陽性となりましたら、国の規定により当院から発生届を提出いたします。その後、保健所より患者様へ電話連絡があります。