

高宮消化器科内科医院 発熱外来 問診内容(記載例)

記載日 (9 月 12 日)

(ふりがな)	○ ○ ○ ○			
名 前	○ ○ ○ ○			
電話番号	固定)	携帯(必須)	090-1234-5678	
生年月日	S・H・R	50 年 1 月 1 日	(47 歳)	
住 所	〒 020-1234	住所: 矢巾町1-2-3-4		
かかりつけ医	無・有(高宮消化器科内科医院)		
同居者	無・有(妻 42歳、 長男 15歳、 長女 12歳)		
職 業	会社員	職場での感染者	無・有()	
ワクチン	最終接種 : R 4 年 3 月 3 回目接種済 (ファイザー・モデルナ)			
既往歴	高血圧、アレルギー			
内服中の薬	無・有 ()			
アレルギー	食物・花粉・薬剤・金属・日光・寒冷・他 ()			
喫煙歴	無・有 (毎日 ・ ときどき)	1日平均	本	
症 状 (該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> 発熱 38.0 °C	9月 10日~	<input type="checkbox"/> 関節痛	月 日~
	<input checked="" type="checkbox"/> 咳	9月 10日~	<input type="checkbox"/> 下痢	月 日~
	<input type="checkbox"/> 鼻水	月 日~	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	月 日~
	<input type="checkbox"/> 喉痛	月 日~	<input checked="" type="checkbox"/> 食欲低下	9月 10日~
	<input type="checkbox"/> 味・匂いの異常	月 日~	<input type="checkbox"/> その他の症状	月 日~
	<input type="checkbox"/> 頭痛	月 日~	[]	
	<input checked="" type="checkbox"/> 倦怠感	9月 10日~		
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 透析治療 <input type="checkbox"/> その他()			
来院方法	<input checked="" type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 他 () →車 (車種: トヨタ アクア 色: 白 No.: 岩手 あ 12-34)			
リスク	<input type="checkbox"/> 海外渡航 () <input type="checkbox"/> 国内移動 () <input type="checkbox"/> 濃厚接触 () <input checked="" type="checkbox"/> 周囲の発熱者 (長女が発熱) <input type="checkbox"/> その他 ()			

