## 発熱·感染 問 診 票

カルテNo.					ご記入日		令和	年	月	日	
フリガナ					•	職業					
						職場の					
氏 名						所在地 職場への					
						移動方法					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	歳	自宅TEL					
住所						1					
1± 171											
緊急 連絡先	氏名				続柄	TE	L				
1. 受診目	的										
•発熱		□ あり	(	月	日 閉	<b>寺</b> °(	C [	コ なし		医師記	入欄
•咳		□ あり	(	月	日から)		[	コ なし	KT		
▪痰、鼻水	<	□ あり	(	月	日から)		[	コ なし			°C
<ul><li>息苦しさ</li></ul>	5	□ あり	(	月	日から)			コ なし			
•倦怠感		□ あり	(	月	日から)			コ なし			
▪咽頭痛		□ あり	(	月	日から)		[	コ なし	SpC	)2	%
•下痢		□ あり	(	月	日から)		[	コ なし			
•吐気、嘔吐		□ あり	(	月	日から)		[	コ なし	HR		
•頭痛		□ あり	(	月	日から)		[	コ なし			
∙筋肉痛∙	節々の痛み	□ あり	(	月	日から)		[	コ なし			
•味覚、味臭		□ あり	(	月	日から)		[	コ なし			
•水分摂取		□でき	る					] できれ	ない		
·食欲		□ あり					[	コ なし			
·身長cm       体重kg											
<ul><li>コロナワクチン接種 □ 接種済 ( 回目済 )</li><li>□ 未接種</li></ul>											
• 家族な	▷職場で発熱	者 [	コ な	i L	□ あり	( 関係:				)	
0 現在 治療中の存年はも以主すかの/昭田されていてれずも記さしててさい。)											
2. 現在、治療中の病気はありますか?(服用されているお薬も記入して下さい。)											
3. お薬や食べ物のアレルギーはありますか?											
	いいえ		(;	はい	(薬: (食物:				)		
4. 喫煙(	<b>よされますか</b>	?			はい (1)	日 本 >	<b>'</b>	年) •	l	いいえ	
5. 妊娠の可能性はありますか?						はい	-	いい	ハえ		

医療法人社団東洋会 田原坂クリニック TEL 096-272-5487