

年 月 日

体重 (小児のみ) : _____ kg

問 診 表

当院では、患者様の安心・安全を守るためトリアージを行っております。
ご理解の程、よろしくお願い致します。

ふりがな

氏名: _____ 男/女 生年月日: T・S・H・R _____ 年 月 日 (才)

住所: 〒 _____

携帯番号: _____ 電話番号 (自宅) _____

↑ 当院からお呼び出しの際に必要となります、必ずご記入ください

車 (No: _____ 色: _____) ・徒歩・公共機関

■ 次の症状に当てはまるものにチェックしてください。

- | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある いつ (_____) ~ (_____) °C | <input type="checkbox"/> 頭痛がある | |
| <input type="checkbox"/> 咳・咳き込みがある | <input type="checkbox"/> のどの痛みがある | <input type="checkbox"/> 鼻水がでる |
| <input type="checkbox"/> 痰がからむ | <input type="checkbox"/> 体のだるさ、疲れがある | <input type="checkbox"/> 関節痛がある |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐・下痢などの腹部症状がある | | |
| <input type="checkbox"/> コロナ・インフル抗原検査を希望 | | |
| <input type="checkbox"/> 妊娠している・授乳中 (女性のみ) | | |
| <input type="checkbox"/> 上記以外の症状がある方は記入してください | | |

周囲に流行している感染症がある :

■ 薬・食べ物のアレルギーはありますか? なし・あり (_____)

■ 下記の項目で今までにかかった病気や治療中の病気がある方は○を付けてください。

悪性腫瘍(がん)、慢性呼吸器疾患(COPD など)、慢性腎臓病(透析を受けている方)、心血管疾患、脳血管疾患、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満(BMI30 以上)、免疫機能低下者(臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤などの使用など)

※他院で処方がありお薬手帳をお持ちの方はご準備をお願いします

※具合が悪いようでしたら、受付までお申し付け下さい。

以下処方(医師記入欄)

大本内科医院

