

発熱外来 予診票

ふりがな 氏名		受診日	年 月 日
症 状	1. 熱はいつからありますか？ ない ・ ある (本日から / 日前から)		
	2. 下記の症状はありますか？あれば○をつけてください。 ない 鼻水 ・ くしゃみ ・ 咳 ・ 痰 ・ だるさ ・ 痛み (のど・頭・関節・筋肉) 食欲低下 ・ 腹痛 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 味覚障害 ・ 嗅覚障害		
	3. その他気になる症状があればお書きください ()		
接 触	4. 2週間以内に新型コロナ感染者や濃厚接触者と接触しましたか？ いいえ ・ はい ()		
基 本 情 報	5. 現在治療中の病気はありますか？ ない ある (糖尿病 ・ 呼吸器疾患 ・ 腎疾患 ・ 心疾患 ・ 高血圧 ・ がん) (その他：)		
	6. 現在内服中のお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください ない ある ()		
	7. 過去に大きな病気や入院・手術の経験はありますか？ ない ある ()		
	8. たばこは吸いますか？ 吸わない ・ 吸う (本/日 ・ 喫煙年数 年)		
	9. お酒は飲みますか？ 飲まない ・ 飲む (を 本/日)		
	10. 女性の方：妊娠中もしくは授乳中ですか？ いいえ ・ はい (妊娠中 / 授乳中)		
そ の 他	11. 新型コロナワクチン接種をしましたか？ いいえ はい (接種回数： 回 ・ 最終接種時期： 年 月頃 / 忘れた)		
	12. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ		
	13. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい ・ いいえ		
	14. この1年間で特定健診・高齢者健診を受けましたか？ はい ・ いいえ		

当院はマイナ保険証を通じて患者さんの診療情報の取得・活用により、より質の高い医療に努めています。
正確な情報取得・活用のため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。