

青和クリニック：発熱外来診療申込書

令和 年 月 日

フリガナ	生年月日 T・S・H・R	年	月	日
氏名	性別 男・女	年齢	歳	体重 kg
住所 〒				
携帯電話番号：				

① 2日以内に37.5℃を超える発熱 <input type="checkbox"/> あり/ <input type="checkbox"/> なし	
② 5日以内にインフルエンザ罹患患者との接触あり <input type="checkbox"/> あり/ <input type="checkbox"/> なし	
③ 2週間以内の海外渡航歴 <input type="checkbox"/> あり(渡航先：)/ <input type="checkbox"/> なし	
④ 7日以内に新型コロナウイルス感染症罹患患者との接触 <input type="checkbox"/> あり/ <input type="checkbox"/> なし	
[「あり」の場合：誰と()いつ() 何処で(都道府県 市町村)]	
自宅での体温： °C	受診時の体温： °C

- 【風邪・呼吸器症状】 咽頭痛 鼻水 鼻づまり 頭痛 関節痛 全身倦怠感
 咳 呼吸困難 痰 喘鳴
- 【腹部症状】 腹痛 下痢(軟便/水様性) 嘔気・嘔吐
- 【泌尿器症状】 排尿痛 残尿感 血尿
- 【他の症状】 味覚障害 嗅覚障害 聴覚障害 発疹
(上記以外の症状：)

症状はいつ頃からありますか？

来院までに他院等で処方された薬はありますか？ あり/なし

「あり」の場合の処方内容：

お薬手帳の持参 あり/なし