ID:【　　】

BT　：　　P　：	
SpO２：	

発熱外来問診票

受診日　令和　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ		男　女	生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日 平成・令和　（　　）歳
氏名				
住所	〒	電話番号		（　　）　　－
		携帯番号		－　　－
		緊急連絡電話番号		（　　）　　－
身　長：　　体　重：		※ご本人以外の方の番号をご記入下さい。続柄（　　）		

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証を利用される方へ

★過去、他院でのお薬情報・特定健診情報などを当院が取得することに同意されますか？
（この情報はあなたの診察や健康管理のために使用します）　１．同意する　　２．同意しない

★他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？　１．持っている　　２．持っていない

★現在、他の医療機関に通院していますか？　１．通院している　　２．通院していない

最初にどのような症状があり、それはいつからですか？

症状：　　月　　日から

以下、該当するものに〇をつけ、必要事項をご記入ください。

☆現在、下記の症状はありますか。　〔　有　・　無　〕

（発熱（　　℃）　咳　痰　鼻水　喉の痛み　息苦しい　頭痛　関節痛
倦怠感　食欲がない　嘔気　嘔吐　下痢　腹痛　嗅覚味覚異常）

☆同居家族・お世話をする家族や友人など身近な人などに新型コロナウイルス感染症患者や濃厚接触者の方がいましたか？　〔　はい　・　いいえ　〕

☆同居家族・同居している方は風邪症状がありますか？　〔 はい（　　）・　いいえ　〕

☆現在、治療中の病気や内服中の薬がありますか。　〔　有　・　無　〕

（病名

薬剤名（お薬手帳をお持ちの方はお見せください））

☆今までに大きな病気をしたり、手術を受けたりしたことがありますか。　〔　有　・　無　〕

〔 病名　　〕

☆今までに食べ物や薬（注射を含む）でアレルギーが出たことがありますか。〔　有　・　無　〕

薬・食べ物の名前と副作用の内容

〔　　〕

≪介護サービス利用の方≫

☆利用している介護サービス事業所で新型コロナウイルス感染者・疑いの方がいますか？

〔　いる　・　いない　〕

☆利用している介護サービス事業所はどこですか？〔　　〕

【 裏面あり 】

ID:【　　】

≪女性の方にお聞きします≫

☆現在妊娠していますか？　〔　はい　・　いいえ　・　わからない　〕

☆現在生理中ですか？　〔　はい　・　いいえ（最終月経：　　月　　日）〕

☆現在授乳中ですか？　〔　はい　・　いいえ　〕

※水戸病院職員の家族様は家族の部署・氏名の記入をお願いします。　〔　　〕

※水戸病院の職員は部署記入をお願いします。　〔部署：　　（職種：　　）〕

☆PCR検査を希望されますか？〔 はい ・ いいえ ・ 診察の結果にて 〕

※「はい」もしくは「診察の結果にて」で希望される方は下記もご記入ください。

① 未成年の方は保護者の氏名と連絡先をご記入ください

保護者氏名　〔　　〕 続柄〔　　〕

連絡先　〔　　〕

② 職業/学校名〔　　〕

③ 新型コロナウイルスワクチン接種歴

接種回数　　回　　最終接種日〔R　年　月　日 ・ 不明〕

④ 以下に該当する基礎疾患はありますか。　〔　有　・　無　〕

（悪性腫瘍 ・ 慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・ 慢性肺疾患（喘息含む） ・ 慢性腎臓病 ・
慢性肝疾患心血管疾患（高血圧含む） ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 肥満（BMI30以上））

⑤ 臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その他の事由により免疫の機能が低下している
おそれがありますか？　〔　有　・　無　〕

⑥ たばこを吸いますか？　〔 吸う(吸ったことがある)(１日 ＿＿＿／本 ＿＿＿年間) ・ 吸わない 〕

⑦ 妊娠の有無　〔　有　・　無　〕

現在61歳以上の方及び重症化リスクがあると医師が判断された方にはラゲブリオという特例承認された治療薬を使用することができます。

重症化リスクを３０％程度軽減する効果があると言われています。

ただし特例承認であるために安全性の評価が不十分である可能性があります。

ご希望の方はお声かけ下さい。

（※特例承認とは、健康被害の拡大を防ぐために、他国で販売されている日本国内未承認の新薬を、通常よりも簡略化された手続きで承認し使用を認めることです）

医療法人社団正信会水戸病院
（092）935－3755