

発熱患者用問診票（稲垣耳鼻咽喉科）

診察希望医師 院長 / 副院長 NO. _____

名前 _____ 男 / 女
生年月日 _____ (_____ 歳) 携帯番号 _____ - _____
車 番号 _____ - _____ 車以外（徒歩、バイク、自転車） 体重 _____ kg
住所 〒 _____ - _____

- ・熱 現在 _____ °C いつから _____
- ・咳 いつから _____ ・鼻水 いつから _____ 色 _____
- ・痰 いつから _____ ・倦怠感 いつから _____
- ・咽頭痛 いつから _____ ・嗅覚障害 いつから _____
- ・味覚障害 いつから _____ ・息苦しさ いつから _____
- ・その他の症状 _____

- ・治療中の病気 なし / あり → _____
- ・服用薬 なし / あり → _____
- ・妊娠 なし / あり（予定日 年 月 日） ・授乳中 いいえ / はい

- ・家族、学校、職場で咳や熱など風邪症状がある人 いない / いる

- ・人の集まる所（ライブハウスやスポーツジムなど） 行ってない / 行った
いつ _____ どこへ _____ 滞在時間 _____

- ・県外、海外歴 なし / あり

いつ _____ どこへ _____ 滞在時間 _____

- ・咳き込んでいる人や新型コロナウイルス感染症の人との濃厚接触 なし / あり

- ・その時の状況 _____

診察前に病院までこの問診票をFAXしてください。高熱の場合はできるだけ事前に病院までお電話いただければご案内をいたします。またお車でのご来院をお願いいたします。お車でない場合は屋外のテントでお待ちいただく場合がございます。

FAX 番号：059-354-4133