

お名前:

職業:

来院時体温:

℃

## 1. 症状について教えてください。&lt;「あり」の場合はいつからの症状かをご記入ください&gt;

発熱	・あり ( ) ・なし	咳	・あり ( ) ・なし
息苦しさ	・あり ( ) ・なし	のどの痛み	・あり ( ) ・なし
鼻汁 鼻閉	・あり ( ) ・なし	強い だるさ	・あり ( ) ・なし
頭痛	・あり ( ) ・なし	嘔気 嘔吐	・あり ( ) ・なし
下痢	・あり ( ) ・なし	その他の 症状	

## 2. 上記1の症状に対して、お薬を使用しましたか？

- ・使用した (使用時間: ) (薬品名: )
- ・使用していない

## 3. ご家族や身近な方についての情報を教えてください。

同じような症状の方はいますか？	・いる ( ) ・いない
感染症の診断がついている方はいますか？	・いる ( ) ・いない

## 4. 内服や注射等で治療中の病気はありますか？

- ・ある (病名: ) (薬品名: )
- ・ない

## 5. お薬のアレルギーはありますか？

- ・ある (薬品名や種類の情報: )
- ・ない

## 6. (女性の方のみ) ご妊娠中または授乳中ですか？

- ・妊娠中 ( 週目 )
- ・授乳中
- ・該当なし

## 7. 当院発熱外来で行った検査(※)が『陰性』だった場合、当院での投薬を希望されますか？

(※: コロナウイルス/溶連菌/インフルエンザなど「当院発熱外来行った検査」についての確認です)

- ・投薬を希望する
  - ・投薬を希望しない
- 注意事項** 投薬を希望されない場合でも、医師が必要と判断した場合には院内での診察・検査等を行わせていただく場合がございます。ご理解・ご了承のほど、よろしくお願い申し上げます。