

お名前 _____ 様 (男 ・ 女) 年齢 _____ 歳

① 本日はどのような症状で受診しましたか？ 本日の体温 (_____ °C)

- 腹痛 (胃 ・ 下腹部 ・ その他 : _____) 吐き気 嘔吐 食欲不振
 便の異常 (血が混じる ・ 便秘 ・ 下痢 ・ その他 : _____) お腹の張り
 血圧が高い めまい ふらつき 身体がだるい 動悸 むくみ 息苦しい
 痛み (部位 : _____) 健康診断で再検査を勧められた 他院からの紹介
 その他 (_____)

【 発熱・風邪外来用 】 ※発熱・風邪外来 (月火水金 12:30~13:00) をご受診の方のみ

- 発熱 (いつから _____ 月 _____ 日 _____ 時頃 最高 _____ °C) のどの痛み
 頭痛 鼻水 せき たん くしゃみ さむけ 全身の筋肉痛や関節痛

上記の症状がある方はつぎの質問にもお答えください

1) インフルエンザの検査を希望しますか (する ・ しない ・ 診察時に相談してから)

2) 新型コロナウイルス感染症の相談センターへ確認をしましたか (した ・ していない)

救急安心センターさっぽろ ☎ #7119 または 011-272-7119

② 症状はいつ頃からありますか？ (_____)

③ 本日はお食事をとられましたか？ いいえ ・ はい

④ 現在治療中、またはこれまでにかかった病気はありますか？

いいえ ・ はい 病名 (_____) 病院名 (_____)

⑤ 現在服用しているお薬はありますか？ ※ お薬手帳をお持ちの方は、お薬名の記入は不要です

いいえ ・ はい お薬名 (_____)

⑥ 飲酒・喫煙について

1) お酒 飲まない ・ 時々飲む ・ 毎日飲む (1日に _____ を _____ くらい)

2) たばこ 吸わない ・ 吸う (_____ 歳から1日に _____ 本)

以前吸っていた (_____ 年間、1日に _____ 本、 _____ 歳から禁煙)

⑦ 食べ物や飲み薬、薬のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (食べ物 _____ 薬剤 _____)

⑧ 女性の方へ

1) 妊娠の可能性はありますか？ いいえ ・ はい 最終月経 (_____ 月 _____ 日頃)

2) 授乳中ですか？ いいえ ・ はい