発熱外来問診票

フリガナ			男 ・ 女	体重
お名前		歳		kg （15歳未満の方のみ）
ご住所	〒			
電話番号	（未成年の方）保護者氏名：			
結果書類	必要（書類代3,000円・郵送代含む） ・ 不要（TELのみ）			

＊証明書の返金はできませんのでご了承ください。

◆症状のあるものに〇をつけてください。

発熱（昨日　　℃　今　　℃）

咳（時々・朝・日中・夜・一日中）	鼻水	たん	だるさ
鼻づまり	声のかすれ	頭痛	のどの痛み・違和感
下痢	はき気	味覚・きゅう覚障害	

おうと（　　時頃　　回）

その他（　　）

◆症状はいつからですか？　（　　月　　日　）

◆2ヶ月以内の検査履歴があれば教えてください。

コロナウイルス	自己検査	月　日（陽性 ・ 陰性）	□ 検査なし
	他院検査	病院名：	
		月　日（陽性 ・ 陰性）	
インフルエンザ	自己検査	月　日（陽性 ・ 陰性）	□ 検査なし
	他院検査	病院名：	
		月　日（陽性 ・ 陰性）	

◆2ヶ月以内に**同居家族**の方の感染履歴があれば教えてください。

コロナウイルス	自己検査	月　日（陽性 ・ 陰性）	□ 検査なし
	当院・他院	病院名：	
		月　日（陽性 ・ 陰性）	
インフルエンザ	自己検査	月　日（陽性 ・ 陰性）	□ 検査なし
	当院・他院	病院名：	
		月　日（陽性 ・ 陰性）	

◆今、飲んでいるお薬はありますか？（ 無 ・ 有 ）　◆お薬手帳（ 無 ・ 有 ・ アプリ ）

医院名

＊お薬手帳、処方箋がありましたらお出しください

服用中のお薬

◆お薬で副作用はありますか？（ 無 ・ 有 ）

☆副作用がある方

お薬のお名前

どのような症状がでましたか？

◆過去に手術を受けたことがありますか？（ 無 ・ 有 ）

☆手術歴

歳頃　／　手術の内容

◆妊娠中ですか？　はい【妊娠　　ヶ月】・ いいえ ・ 分からない

◆授乳中ですか？　はい【お子様の月齢　　歳　　ヶ月】・ いいえ

◆次の基礎疾患で当てはまるものはありますか？（ 無 ・ 有 ）

「有」につけた方は該当の基礎疾患に〇をつけてください。

アトピー性皮膚炎	喘息	高血圧	心臓病	肝炎（B ・ C）
高脂血症	肝臓病	糖尿病	前立腺	甲状腺疾患
緑内障	慢性腎臓病	その他（　　）		

◆タバコは吸いますか？　吸わない ・ 吸う【　　本/日、　　年間】［成人の方のみ］

◆その他、診察や治療に関するご希望がありましたらご記入ください