

発熱外来問診票

フリガナ			男・女	体重
お名前	歳			kg
ご住所	〒			(15歳未満の方のみ)
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○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・きゆう覚障害				
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 月】【出産予定日R 年 月 日】・ いいえ・分からない

◆ 授乳中ですか? はい【お子様の月齢 歳 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○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