

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) | | 不要 | |

* 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