

## 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	℃)		
鼻水		鼻づまり		のどの痛み・違和感	たん
咳(時々・朝・日中・夜・一日中)		はき気			味覚・きゆう覚障害
おうと(		時頃		回)	下痢
その他(					頭痛
					声のかすれ
					だるさ

◆ 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