

発熱外来問診票

年 月 日

ふりがな

お名前()生年月日 T/S/H/R 年 月 日(才)男・女

未成年の場合保護者名()

学校名() 保育園 幼稚園 小学校 中学校

身長: _____ cm 体重: _____ g・kg

コロナワクチン ⇒ 未接種・接種済()回 最終接種日 年 月 日メーカー名()

インフルエンザワクチン ⇒ 未接種・接種済 最終接種日 年 月 日

〒(-)

住所(市)

連絡先電話番号(自宅・携帯)()院内にて(度)

●下記症状について、当てはまる方に○をし、ご記入ください。

- ・発熱 有・無 (最高 _____ °C → いつ? _____ /)
- ・咳 有・無 (_____)
- ・倦怠感 有・無 (_____)
- ・頭痛 有・無 (_____)
- ・吐き気 有・無 (_____)
- ・下痢 有・無 (_____)
- ・味覚嗅覚異常 有・無 (_____)
- ・咽頭痛 有・無 (_____)

※上記症状はいつからありますか? ⇒ _____ 月 _____ 日 ~

●アレルギーはありますか (ない・ある ⇒ □薬(_____) □花粉(_____)
□食物(_____) □その他(_____)

●今飲んでいる薬はありますか (いいえ・はい ⇒ 薬名 _____)

●周囲で流行っている病気はありますか (いいえ・はい ⇒ 病名 _____)

●次の病気にかかっている、又はかかったことがありますか (ない・ある ⇒ 治癒/治療中に○を)

□糖尿病(治癒・治療中) □気管支喘息(治癒・治療中) □脳梗塞(治癒・治療中)

□心臓病(治癒・治療中) □高血圧(治癒・治療中) □その他 _____ (治癒・治療中)

※上記治療で薬を服用していますか (いいえ・はい ⇒ 薬名 _____)

●タバコは吸いますか (いいえ・はい ⇒ _____ 才から _____ 本/日)

●お酒は飲みますか (いいえ・はい ⇒ 何を(_____) 毎日・時々)

●女性の方にお伺いします。

現在妊娠中ですか (いいえ・はい) / 授乳中ですか (いいえ・はい)

●その他何かありましたらお書きください

[_____]