

●次のいずれかの症状に当てはまる方は太枠内をご記入のうえ、ご持参ください。

(発熱・咳・くしゃみ・鼻水・下痢・嘔吐・吐き気・発疹)

年 月 日

**発熱外来問診票**

※来院時の体温：

診察券ID	(下4けた)	性別	生年月日(和暦)	年齢
ふりがな				
お名前		男・女	年 月 日	歳
ご住所	〒 -			
携帯番号	(続柄 )		固定電話	
来院方法	徒歩・自転車( )分・車( )分・その他( )			

注) 携帯番号は必ずつながる連絡先をお書きください。

以下の質問にお答えください。□には、当てはまるものにチェックを付けてください。

<input type="checkbox"/> 熱はない	<input type="checkbox"/> 微熱( 度)
<input type="checkbox"/> 発熱(37.5℃以上)	(いつ頃から： 月 日 午前・午後 時 分頃から)
(最高体温： 度→	月 日 午前・午後 時 分頃)
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 腹痛 (みぞおち・右下腹部・左下腹部・全体・ )
<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 下痢 (今日の回数 回)：形状(水様便・軟便・ )
<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 嘔吐 (今日の回数 回)
<input type="checkbox"/> くしゃみ	<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 味覚異常
<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 臭覚異常
<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 筋肉痛
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 発疹 (場所： )
上記の症状はいつからですか？ 月 日 午前・午後 時 分頃から	
上記の症状にたいして、お薬を飲みましたか？ (薬名： )	
上記以外に気になる症状はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )	
同居ご家族に上記症状の方はいますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )	
1ヵ月以内に海外に行かれましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
「はい」の場合 月 日～ 月 日まで 国名 ( )	
現在、治療中の病気があればチェックを付けてください。	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> その他 ( )
女性の方：現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (妊娠 ヲ月・授乳中)	

ご記入ありがとうございました。

ふじもとクリニック