

発熱外来 問診票

受診日：R 年 月 日

新型コロナウイルスの感染拡大を防ぐ為、問診票の記入と発熱、かぜ症状（咳、のど、はな）のある方は診察のお時間を分けさせて頂いております、ご理解とご協力の程、よろしくお願い致します。

※当院受診歴 あり・ なし

フリガナ	性別	生年月日・年齢・体重（14歳以下の方）
氏名	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 歳（kg）
住所	TEL	

1.熱はいつからありますか？ 日前より☐本日より☐ない（最高 . °C）来院時 . °C

2.該当する症状にチェックをしてください

☐鼻水（色：☐なし ☐色）☐喉の痛み☐咳☐痰（色）☐頭痛☐吐き気☐嘔吐☐筋肉痛☐下痢☐腹痛☐倦怠感☐息苦しさ☐息切れ☐味覚・嗅覚 異常☐食欲不振、低下☐めまい☐ふらつき

3.その他、気になる症状はありますか？

☐いいえ ☐はい（ ）4.周囲に同じ様な症状の方はいましたか？ ☐いいえ ☐はい（病名： ）

6.現在治療中の病気はありますか？

☐いいえ☐はい（☐糖尿病 ☐呼吸器疾患 ☐腎疾患 ☐心疾患 ☐高血圧 ☐その他（ ））

7.現在、内服中のお薬はありますか？ ※おくすり手帳をお持ちの方は、ご提示下さい。

☐いいえ ☐はい（ ）8.過去に大きな病気や手術の経験はありますか？☐いいえ ☐はい（ ）9.お薬・食物のアレルギーはありますか？☐なし☐あり（ ）10.喫煙歴はありますか？☐いいえ ☐はい11.女性の方：妊娠もしくは授乳中ですか？☐いいえ ☐はい（☐妊娠中 ☐授乳中）

12.その他、聞きたい事、伝えたい事。