

ID:

## 発熱外来 問診票

年 月 日

お名前

生年月日 平成・令和 年 月 日

歳 ヶ月 性別 男・女 体重 kg

ご住所 (〒 )

TEL 携帯電話: 自宅:

(保護者氏名 )

来院時体温: \_\_\_\_\_℃

1.最近の体温を教えてください

3日前: \_\_\_\_\_℃ 2日前: \_\_\_\_\_℃ 1日前: \_\_\_\_\_℃ 本日: \_\_\_\_\_℃  
( 月 日 ) ( 月 日 ) ( 月 日 ) ( 月 日 )

2.症状を記入してください(あてはまるものに✓してください)

自身で検査を受けて陽性になった →検査日: 月 日 →検査方法: 抗原検査 / PCR検査

発熱 月 日から のどの痛み 月 日から

せき 月 日から 倦怠感(強いだるさ) 月 日から

鼻水 月 日から 吐き気・嘔吐 月 日から

呼吸苦(息苦しさ) 月 日から 味覚・嗅覚障害 月 日から

下痢 月 日から その他の症状 ( )

3.現在、他の医療機関に通院していますか? はい ・ いいえ

(医療機関名: 治療内容: )

4.他の医療機関からの紹介状を持っていますか? はい ・ いいえ

5.新型コロナワクチンの接種を受けましたか

いいえ ・ はい →回数: \_\_\_\_\_回、最終接種日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

ワクチンの種類: ファイザー / モデルナ / アストラゼネカ

6.今までに、大きな病気や手術をした事がありますか? いいえ ・ はい( )

7.現在、薬を飲んでいますか?

いいえ ・ はい

「はい」とお答えの方は、診察室で医師にお薬手帳をみせてください。

8.食べ物や薬のアレルギーはありますか? いいえ ・ はい( )

9.今までに採血等で気分がわるくなったことがありますか? いいえ ・ はい

10.最近家族で体調の悪い方、発熱のある方はいましたか? いいえ ・ はい( )

11.周囲で流行ってる病気はありますか? なし ・ あり

※ありの方

何の病気ですか?

どこで流行ってますか?

園や学校名も教えてください。

12. お薬について希望はありますか?

シロップ 粉 錠剤 1日2回 1日3回

13. マイナ保険証(マイナンバーカード)の健康保険証利用による情報取得に同意しますか? はい ・ いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※ご記入後は受付までお持ちください。

南大沢メディカルプラザ2小児科