

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: °C

1. 最近の体温を教えてください

3日前: °C 2日前: °C 1日前: °C 本日: °C
(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 →最終接種日: 年 月 日 ・ 不明

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. 1か月以内に海外渡航をしましたか? いいえ ・ はい →いつ頃: 渡航先:

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