

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 ケ月 性別 男・女 体重 kg

ご住所 (〒)

TEL 携帯電話: _____
(保護者氏名))
自宅: _____
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)

<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 発熱 月 日から <input type="checkbox"/> のどの痛み 月 日から
<input type="checkbox"/> せき 月 日から <input type="checkbox"/> 倦怠感(強いだるさ) 月 日から
<input type="checkbox"/> 鼻水 月 日から <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 月 日から
<input type="checkbox"/> 呼吸苦(息苦しさ) 月 日から <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害 月 日から
<input type="checkbox"/> 下痢 月 日から <input type="checkbox"/> 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. 1か月以内にワクチンの接種をしていますか?

いいえ · はい → ワクチンの種類:

接種日: 年 月 日

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?

どこで流行っていますか?

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をお願いいたします。