

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. 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