

# 発熱問診票

※空欄のないようご記入下さい。(空欄があると確認までにお時間がかかります)

日付 \_\_\_\_\_

カルテ No. \_\_\_\_\_ / 初診

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_

生年 月 日生 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 才 男・女

住所 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

本日 ( : ) 検温 ※必ず記入

体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ Kg

車のナンバー・色 \_\_\_\_\_

駐車場所 公園・受付前・薬局・地下

※問診記入後、スタッフへ診察券・保険証・  
受給資格証(こども・母子父子・重度心身な  
ど)をお渡しください。

※順番にご案内します。こちらからお電話致  
しますので、電話はとれるようにしてい下  
さい。

## 1、3日以内に当てはまる症状にチェックしてください

- 発熱 ( ~ °C) 期間; 月 日~
- 咳 発症日; 月 日
- 咽頭痛 発症日; 月 日
- 鼻汁 発症日; 月 日
- 嘔気・嘔吐 発症日; 月 日
- 下痢 発症日; 月 日
- その他 ( )

## 2、以下に当てはまるものにチェックしてください

- なし
- 3日以内に、本人が新型コロナウイルス患者と接した
- コロナに罹患した ( 年 月頃 )
- 既にコロナ検査をした( 月 日) 検査結果 ( 陽性 ・ 陰性 )

## 3、現在、治療中の病気にチェックをしてください

- なし
- 糖尿病  透析治療中  心不全
- 慢性呼吸器疾患 ( )  免疫抑制剤・抗がん剤の使用
- その他 ( )

## 4、以下もご記入ください

- 現在飲んでいる薬はありますか? なし あり(薬名 )
- 薬でアレルギーはありますか? なし あり(薬名 症状 )
- 卵・牛乳アレルギーはありますか? なし あり(卵・牛乳)
- (女性の方へ) 妊娠中ですか? いいえ はい(妊娠 月) ・ 授乳中
- 熱性けいれんを起こしたことは? なし あり(最終発作 歳ごろ)
- 薬の形で苦手なものはありますか? なし あり(シロップ・粉・錠・カプセル)

## 5、希望する感染症の検査はありますか?

(※院長の判断により、ご希望の検査ができない場合もございます。)

- 医師の判断にまかせる
- あり ( インフルエンザ コロナ アデノ RS 溶連菌 )

コロナ検査は診察前に検査を受けていただきます。(チェックして下さい。)

- 同意  同意しない ※(同意しないと診察案内できません)

※記入後は受付へお出してください

担当サイン