

# 発熱問診票

※空欄のないようご記入下さい。(空欄があるとご案内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 月 日生 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 才 男 ・ 女

住所 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

本日検温時間 ( : )

体温 \_\_\_\_\_℃ 体重 \_\_\_\_\_Kg

※必ず記入

車のナンバー・色 \_\_\_\_\_

駐車場 公園・受付前・薬局・地下

※ 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ください。

※電話がとれなかった場合は、  
折り返しは不要です。再度、かけ直  
し致します。お車や院外でお待ち  
ください。

※記入しないで下さい

(医療機関使用欄)

## 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
- ☐ 以前、コロナに罹患した事がある ( 年 月頃 )
- ☐ 既にコロナ検査をした( 月 日) 検査結果 ( 陽性 ・ 陰性 )
- ☐ 既にインフル検査をした( 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 か月) ・ 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 )

## 6、解熱剤を希望しますか？ ☐ はい ☐ いいえ

( 坐薬 ・ 粉 ・ 錠剤 ・ シロップ )

※記入後は受付へお出してください。問診があります。

問診者サイン