発熱外来問診票

記入日：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 男・女 | | 生年月日  昭・平・令　　　年　　月　　日（満　　　歳） | | | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒　 - | | | | | 電話番号 | | ( 　 ) | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | | 体温 | | ℃ | | ＳｐＯ２ | ％ | |

|  |
| --- |
| 本日はどうなさいましたか？症状はいつ頃からありますか？　約（　　　）日・週間・ヶ月・年前から  ◻︎発熱( MAX 　　　　℃)　　◻︎のどの痛み　　◻︎咳　　◻︎痰（色：　　　　）◻︎鼻水  ◻︎その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことや治療中の病気はありますか？  ◻︎なし　◻︎あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？  ◻︎なし　◻︎あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？ある場合はその時の症状も教えてください。  ◻︎なし　◻︎あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？  ◻︎いいえ　◻︎はい（◻︎妊娠中　◻︎妊娠の可能性あり　◻︎授乳中） |
| 特に調べてほしいこと(検査、治療）などありましたらご記入ください。  ◻︎コロナ　◻︎インフルエンザ　◻︎溶連菌　◻︎アデノウイルス（プール熱）◻︎マイコプラズマ  ◻︎血液検査　◻︎尿検査　◻︎レントゲン  ◻︎その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※ご協力ありがとうございました。

鴻巣北本内科クリニック