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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在治療中の病気や、過去に治療や手術を受けられたことはありますか？◻︎なし　◻︎あり（◻︎糖尿病　◻︎高血圧　◻︎高コレステロール血症　◻︎高尿酸血症）　　　 (◻︎その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 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） |

※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