

【発熱外来問診票】

内科

受診日 年 月 日

ID

氏名

性別 男 女

年齢 歳

連絡可能な電話番号 続柄 ()

下記症状であてはまるものに✓してください。

- 発熱 (平熱 °C) (最高体温 °C) (本日の体温 °C)
- 咳 痰 咽頭痛 (のどの痛み)
- 鼻水 頭痛 吐き気・嘔吐 げり
- その他 ()

症状が出始めたのはいつですか？

月 日

身近な方で感染症の方はいますか？

続柄 () 感染症名 ()

基礎疾患はありますか？ あてはまるものに✓してください。

- 喘息 高血圧 糖尿病 脂質異常
- 腎疾患 心疾患 悪性腫瘍
- その他 ()

使用している薬はありますか？ あてはまるものに✓してください。

なし あり (お薬手帳 持参 なし)

アレルギーはありますか？ あてはまるものに✓してください。

- なし あり 薬 ()
- 食べ物 ()
- その他 ()

喫煙歴はありますか？

なし あり (1日 本) (年数 年)

女性の方 妊娠中ですか？ 妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい (かかつけ 当院 他院)

女性の方 授乳中ですか？

いいえ はい

スタッフ記入欄

【処方】

なし あり

【検査・処置】

- なし
- コロナ インフルエンザ
- 血液検査 尿検査 X-P CT
- その他 ()