

ID: _____

発熱問診票

体温: _____ °C

ふりがな

氏名: _____ 性別 男・女 年齢: _____ 才 体重: _____ kg

住所: 〒 _____ 県 _____ 市 _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号: _____ (_____)

<基礎疾患> なし・あり

悪性腫瘍(_____) 免疫抑制剤使用中 慢性肺疾患
前立腺肥大 緑内障 糖尿病 肝炎(B・C) 胃かいよう 心臓病 脳梗塞 脳出血
高血圧 高脂血症 精神病 腎臓病 透析中 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎
ぜんそく(治療中・経過観察・改善) その他(_____)

<症状> ※印刷できない方はこちらより下をメモに書いてお持ちください。

・37.0°C以上の発熱	あり(_____ 月 _____ 日から)	・なし
・咽頭痛	あり(_____ 月 _____ 日から)	・なし
・咳	あり(_____ 月 _____ 日から)	・なし
・痰	あり(_____ 月 _____ 日から)	・なし
・鼻汁(透明・黄色)	あり(_____ 月 _____ 日から)	・なし
・頭痛・関節痛	あり(_____ 月 _____ 日から)	・なし
・倦怠感	あり(_____ 月 _____ 日から)	・なし
・呼吸困難感	あり(_____ 月 _____ 日から)	・なし
・嘔吐・下痢	あり(_____ 月 _____ 日から)	・なし
・嗅覚・味覚障害	あり(_____ 月 _____ 日から)	・なし
・その他(_____)		

<1週間以内の陽性者との接触歴>

なし あり (家族内 職場 幼稚園・保育園 その他 _____)

<2か月以内に当院受診歴のない患者様は以下もご記入ください>

- ①お薬アレルギーはありますか。 いいえ・はい(_____)
- ②現在飲んでいる薬はありますか。 いいえ・はい ➡お薬手帳をご持参ください。
- ③お薬で眠くなりやすいですか。 いいえ・はい(薬名 _____)
- ④小児の方へ (保育園児 1日2回希望 錠剤 甘い粉 シロップ)
- ⑤女性の方へ (授乳中 妊娠中 _____ か月)

<初診の患者様へ 来院のきっかけをお聞かせください。>

- ①当院 HP ②ドクターズファイル ③病院なび ④EPARK クリニック ⑤通りがかり
- ⑥明石城東ビル看板 ⑦JR 明石駅階段 ⑧明石駅構内の地図 ⑨神姫バスアナウンス
- ⑩2号線看板 ⑪他院紹介(_____ より) ⑫知人紹介(_____ 様)
- ⑬保健所 ⑭その他(_____)