

問診票（発熱用）

フリガナ		年齢	歳 月	性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	S・H・R 年	体重	kg
			月 日	職業	
現住所	〒			体温	°C
				連絡先	- -
					- -

小児のみ内服できるものに○をつけてください。		シロップ ・ 粉薬 ・ カプセル ・ 錠剤	
発熱した日	月 日	解熱した日	月 日
		最高	°C (月 日)
該当する箇所に○またはご記入ください。			
1.最近の感染症罹患歴	なし	あり→	(R 年 月) ・ インフルエンザ ・ コロナ ・ その他
2.周囲感染症罹患患者	なし	あり→	・ インフル ・ コロナ ・ その他 (アデノ ・ 溶連菌) 等
3.今回の症状で他院受診しましたか	受診なし	受診あり	
4.今回の症状で検査実施しましたか	検査なし	検査あり→	・ インフル ・ コロナ ・ その他
5.4で検査実施ありの方	検査実施日 (月 日)	検査場所	(自宅 ・ 職場 ・ 医療機関)
6.その他症状 (例： 1月 15日～症状： 黄色い鼻汁 喉の真ん中が痛い…)			
症状1： (月 日～症状：)	
症状2： (月 日～症状：)	
症状3： (月 日～症状：)	
7.解熱剤を飲みましたか (薬品名：		内服日： 月 日 時頃)	
8.内服中のお薬 (市販薬含む) なし		あり→薬品名：	
※お薬手帳があれば提示してください。			
9.アレルギーの有無		なし あり→ ()	
10.その他治療中の病気や、心配な症状：			
11.女性の方のみご記入ください。			
妊娠	なし	あり (週)	妊活中 授乳中 回/日
備考欄			

※当院では副鼻腔炎とアレルギー性鼻炎の診断を分けるために内視鏡等の検査を用いる事があります。その他、様々な検査が必要となってくる場合がございます。費用のご相談、ご質問等ございましたら診察前にスタッフにお申し付けください。

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。