

問診票(発熱・呼吸器症状用)

令和2年 月 日

フリガナ		性別	男・女
お名前			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		()才
住所	〒□□□-□□□□	電話	自宅 () 携帯 (本人 / 続柄:) ()

(1) どうなさいましたか？

・ 症状 (熱がある・息苦しさ・のどが痛い・鼻水／鼻づまり・咳・痰・頭痛・関節痛・だるい)
 自宅体温 (_____ °C) 院内体温 _____ °C 体重 _____ kg

・ 今回の症状で他医療機関を受診されましたか？ (いいえ・はい _____)

・ 市外への外出歴はありますか？ (いいえ・はい → 日時: _____ 場所: _____)

・ 家族に呼吸器症状のある方はいらっしゃいますか？ (はい・いいえ)

(2) 今回の症状はいつからですか？ (_____ 月 _____ 日 _____ 時から)

(3) 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

(_____ 年 病名 _____)
 (_____ 年 病名 _____)
 (_____ 年 病名 _____)

(4) 現在飲んでいる薬はありますか？

ない ・ ある (薬手帳持参 ・ 薬手帳なし _____)

(5) 薬や食物などのアレルギーはありますか？

ない ・ ある (_____)

(6) (女性の方のみ) 現在妊娠中もしくは授乳中ですか？

妊娠 _____ ヶ月 ・ 授乳中

ご協力ありがとうございました。順番になりましたらお呼びいたします。