発熱外来　問診票

年　月　日

フリガナ			生年月日
氏名			T・S・H・R 年　月　日
住所	〒		
電話番号	自宅：		15歳以下の方
	携帯：		体重　Kg
医療機関記入欄	体温　℃	Cov（　）　Flu（　）	
	SpO2　%	アデノ（　）　溶連菌（　）　その他（　）	

① 本日来院された理由についてお聞きします。

● いつからですか？　（　から　）

● どのような症状ですか？

発熱（　℃　）　のどの痛み　咳　息苦しさ

鼻水　鼻づまり　痰　倦怠感　頭痛　関節痛

腹痛　下痢　吐き気　嘔吐

その他（　）

● 周囲に発熱している方、または陽性患者はいますか？

いいえ　・　はい　→　どのようなご関係ですか？（　）

● 以前に新型コロナ感染症、またはインフルエンザに罹患したことがありますか？

いいえ　・　はい　→　いつですか？　（　）

● 当院では風邪症状のある方にインフルエンザ・コロナ抗原検査を推奨しております。
検査はご希望されますか？　いいえ　・　はい

② 現在治療中、または過去にかかったことのある病気はありますか？

いいえ　・　はい（　）

③ 現在飲んでいるお薬はございますか？

いいえ　・　はい（　）

④ お薬や食べ物、その他アレルギーはございますか？

いいえ　・　はい（　）

⑤【女性の方のみ】　現在妊娠中ですか？　いいえ　・　はい　→（　週・ヶ月）

授乳中ですか？　いいえ　・　はい

【乳児・小児の方のみ】　お薬の希望をお聞かせください。　シロップ　・　粉薬　・　錠剤

ご協力ありがとうございます。　難波メディカルクリニック