

内科・発熱外来 問診票

フリガナ 名前				性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( ) 歳
住所	〒						
連絡先	ご自宅	—	—	携帯	—	—	

◆下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

当院をどのようにして お知りになりましたか？	近所に住んでいるため・チラシ、広告などで知った・通りがかりで知った ネット検索（ホームページ、Googleなど）・ご友人やご家族からの紹介（ ） 他院様からの紹介・YouTube 広告で知った・その他（ ）
どのような症状ですか？ （複数回答可）	発熱（ 度）・咳・痰・鼻水・喉の痛み・関節の痛み・息苦しい 頭痛・腹痛・腰痛・吐き気・嘔吐・下痢・便秘・食欲不振 めまい・ふらつき・身体がだるい・その他（ ）
いつ頃からありますか？	
治療中の病気はありますか？	ない ・ ある
* あると答えた方は 詳細を教えてください	高血圧・糖尿病・高脂血症・狭心症・心筋梗塞・気管支喘息・白内障 骨粗鬆症（注射・服薬）・脳梗塞・脳出血・その他（ ）
過去にかかった病気や怪我はありますか？	ない ・ ある（ ）
周囲に陽性診断を 受けた方はいますか？	コロナ いいえ・はい その方との関係（ ） インフルエンザ いいえ・はい その方との関係（ ）
コロナワクチンの接種歴はありますか？	ない ・ ある（ 回） 最終接種（ 年 月）
1ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？	ない ・ ある 場所（ ） 時期（ ）
服用しているお薬はありますか？	ない ・ ある（ ）
薬や食べ物のアレルギーはありますか？	ない ・ ある（ ）
お酒は飲みますか？	いいえ ・ はい
タバコは吸いますか？	いいえ ・ 禁煙中（時期： ～） ・ はい（1日 本）
妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ）	いいえ ・ わからない ・ 可能性あり ・ はい（ 週目） ・ 授乳中
体重は何kgですか？（16歳未満のみ）	（ kg） *薬量の調整等で必要な場合があります
診察の希望について教えてください	薬が欲しい・診断書が欲しい・その他（ ）
抗原検査の希望はありますか？	ない ・ コロナ ・ インフルエンザ ・ 両方

\*お薬手帳がありましたらご提示をお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。