

# 問診票 (発熱患者様用)

記入日 令和 年 月 日 診察時間 ( : )

ふりがな \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ ( 女 ・ 男 )  
 生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 ( 歳 )  
 住所 〒 \_\_\_\_\_  
 自宅電話番号 ( ) \_\_\_\_\_  
 昼間の連絡先 ( ) \_\_\_\_\_ 連絡先名  
 (自宅以外)  
 保護者 \_\_\_\_\_  
 (未成年者のみ記入)

該当項目に○をつけてください。

来院時体温 ( \_\_\_\_\_ °C)

発熱時期 \_\_\_\_\_ 日前から 本日体温 ( \_\_\_\_\_ °C) 体重 ( \_\_\_\_\_ kg)

- 症状について (下記の症状はいつからですか? \_\_\_\_\_ 日前)
  - ・ せき ・ 鼻水 ・ 喉の痛み ・ 関節痛 ・ 発疹 (いつから \_\_\_\_\_ 発疹部位 \_\_\_\_\_)
  - ・ 腰の痛み ・ 背中痛み ・ 息切れ ・ 倦怠感 ・ その他の症状 ( \_\_\_\_\_ )
- 今年度インフルエンザの予防接種を受けていますか。 いいえ ・ はい
- インフルエンザ感染者との接触はありましたか。 いいえ ・ はい (いつ: \_\_\_\_\_ 誰と: \_\_\_\_\_)
- 新型コロナウイルス感染症を疑う方と接触はありましたか。 不明 ・ いいえ ・ はい (いつ: \_\_\_\_\_ だれと: \_\_\_\_\_)
- 市販薬の服用はありますか。 いいえ ・ はい (お薬名 \_\_\_\_\_)
- 最近1カ月以内に渡航歴はありますか。 いいえ ・ はい (国名 \_\_\_\_\_)
- 渡航歴のある人との接触はありましたか。 いいえ ・ はい (いつ頃 \_\_\_\_\_)
- この症状について他の医療機関を受診しましたか。
  - いいえ ・ はい (はいの場合、病院・医院名 \_\_\_\_\_)
- 慢性の病気で現在治療を受けていますか。
  - いいえ ・ はい ・ 中断
  - (病名 \_\_\_\_\_ 病院・医院名 \_\_\_\_\_)
- 過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか。
  - いいえ ・ はい (はいの場合、以下に病名、その年月日などを記入してください)

- これまでに飲み薬や注射でアレルギー (じんましんが出たり、気分が悪くなったりなど) をおこしたことがありますか。
  - いいえ ・ はい (はいの場合、以下にわかる範囲で記入してください)

薬の名前、種類と副作用の症状 \_\_\_\_\_

- お酒を飲みますか。 飲まない ・ 飲む (回数と量 \_\_\_\_\_)
- (飲酒) 禁酒した ( \_\_\_\_\_ ) 年前から
- タバコは吸いますか。 吸わない ・ 吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 年間)
- (煙草) (喫煙) 禁煙した ( \_\_\_\_\_ ) 年前から

女性にお尋ねします。(差し支えない範囲でお答えください)

- 現在妊娠中ですか。
  - いいえ ・ はい (予定日 年 月 日) ● 妊娠の可能性が ある ・ 不明
- 現在授乳中ですか。 ● 生理について
  - いいえ ・ はい 順調 ・ 不順 ・ 閉経 ( \_\_\_\_\_ 歳)

● 個人情報の取り扱いについて

当院では誤認防止などの安全管理上、患者様をお名前でお呼びいたします。万が一、これを希望なされない場合はあらかじめ当院職員にお申し出下さい。その他、個人情報保護につきまして、方針・利用目的など掲示物などでご確認ください。