

ID :

発熱外来問診票

フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日： 昭和・平成・令和 月 日 () 年 歳
住所	〒		
電話番号	()	体重： kg	職業：
症状：あるものすべてにチェックをつけてください 発熱 () °C <input type="checkbox"/> 身体がだるい <input type="checkbox"/> 関節が痛い <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳がでる <input type="checkbox"/> 痰がからむ <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 吐き気がある <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他 ()			
症状はいつからありますか ()			
ワクチン 接種	インフルエンザワクチン <input type="checkbox"/> 今年度 () 月に接種済 <input type="checkbox"/> 今年度未接種 新型コロナワクチン <input type="checkbox"/> 最終接種 () 年 () 月頃 <input type="checkbox"/> 未接種		
周囲に感染症・発熱のある方： <input type="checkbox"/> いる→状態・診断 () 最後に会った日 () <input type="checkbox"/> いない			
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()		
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし	喫煙： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	飲酒： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

おくすり手帳をお持ちの方はご提示ください

うちはら内科クリニック