【発熱外来問診票】

内科

受診日　　年　月　日　　ID　　海外渡航歴(1ヶ月以内)・なし･あり(　　)

氏名　　性別　□　男　□　女　　年齢　　歳

本日の体温　　℃　　体重　　kg　　SPO2　　%（スタッフ記入）

下記症状であてはまるものに✓してください。	下記検査を希望しますか？
□　発熱　熱の出始め　　月　　日　　時頃（最高体温　　℃）	□コロナ抗原検査希望
□　咳　　□　痰　　□　咽頭痛（のどの痛み）	□インフルエンザ検査希望
□　その他　（　　）	□検査希望なし

症状が出始めたのはいつですか？

月　　日　　□　他院受診あり

身近な方で感染症の方はいますか？

□　いない　□　いる　続柄（　　）　感染症名（　　）

現在治療中の病気はありますか？　あてはまるものに✔してください。

□　なし　□ あり　（　　）

医療機関名（　　）前回受診日（　　頃）治療内容（　　）

医療機関名（　　）前回受診日（　　頃）治療内容（　　）

これまでに大きな病気にかかったことはありますか？(入院や手術を要する病気等)

□　なし　□　あり

病名（　　）医療機関名（　　）時期（　年　月頃）治療内容（　　）

病名（　　）医療機関名（　　）時期（　年　月頃）治療内容（　　）

使用している薬はありますか？　あてはまるものに✓してください。

□　なし　□　あり(　　)　お薬手帳　□　持参　□　なし

アレルギーはありますか？　あてはまるものに✓してください。

□　なし　□　あり　□　薬　（　　）

□　食べ物　（　　）

□　その他　（　　）

喫煙歴はありますか？

□　なし　□　あり　（ 1日　　本 ）　（ 年数　　年 ）

女性の方　妊娠中ですか？　妊娠の可能性はありますか？

□　いいえ　□　はい　（ かかつけ　□　当院　□　他院 ）　妊娠　　週

女性の方　授乳中ですか？

□　いいえ　□　はい

スタッフ記入欄

【検査・処置】

□　コンボ　□　コロナ(　　)　□　インフルエンザ（　　）

□　血液検査　□　尿検査　□　X-P　□　CT

□　その他（　　）

Ver.20250312