# 発熱外来　問診票

**尾形クリニック那須**

記入日　　年　　月　　日

| フリガナ | | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和<br>年　　月　　日（　　歳） |
|---|---|---|---|
| お名前 | | 性別 | □男　□女　□その他（　　　） |
| 住所 | 〒（　　　－　　　） | 日中連絡がつきやすい電話番号 | |

**1.当てはまる症状に☑をつけてください。**

□発熱している　**（最高体温：　　℃）**　□（ 咳 ・ 鼻水 ・ 痰 ）が出る　□息苦しい

□のどが痛い　□頭が痛い　□体がだるい

□お腹が痛い　□（ 下痢 ・ 嘔吐 ）している　□（ 水疱 ・ 発疹 ）がある

その他の症状がある場合は下記にご記入ください。

**2.症状はいつからですか？**

・今日の（　　　）時から　・（　　　　）日 ・ 週間　前から

**3.周囲に次の病気にかかっている方はいますか？**

□インフルエンザ　□コロナウイルス感染症　□感染性胃腸炎　□結核　□はしか

□水疱瘡　□その他感染症（　　　　　　）

➔誰がかかっていますか？　□同僚　□家族　□その他（　　　　　）

**4.現在、他の医療機関に通院していますか？**

□いいえ　□はい

**→「はい」の方へ。記入と当てはまる項目に☑をお願いします。**

病院名（　　　　　　）治療内容（　　　　　　）

□糖尿病　□高血圧症　□心疾患（心不全、狭心症等）　□腎疾患　□肝疾患

□慢性の呼吸器疾患（COPD、喘息等）　□悪性腫瘍　□免疫不全（免疫力低下が起こるもの）

□妊娠中（　　　）ヶ月・週　／　□妊娠の可能性あり　／　□授乳中（　　　）ヶ月・週

□その他（　　　　　　）

**5. 過去に入院・手術・輸血を要する大きな病気をしたことはありますか？**

□ない　□ある　病院名（　　　　　　）　時期・病名（　　　　　　）

**6.アレルギーはありますか？（薬剤・植物・食品等）**

□ない　□ある　原因（　　　　　　）　症状（　　　　　　）

－－－－－－－－－－以下、病院記入－－－－－－－－－－

血圧（　　／　　）　SPO2（　　　％）　来院時体温（　　　℃）

メモ