

発熱時 問診票

ご記入ののち、info@tanijiri.com もしくは

Fax (078-821-8007) に送信ください 来院時発熱 体温 _____ °C

ふりがな	男 女	大正	生年月日		
お名前		昭和	年	月	日生
		平成	()歳		
ご住所 〒		自宅電話:			
		携帯電話:			
来院手段: 自家用車・その他 ()		当院までの所要時間: _____分			
		職 業:			

- 症状出現時からの経過を教えてください。
いつから症状が出現しましたか? _____年 _____月 _____日
初めの頃の症状は何がありましたか? (具体的に _____)
その後、症状はどうなりましたか?
(_____)
- 下記の症状がある場合はその症状を○で囲んでください。
発熱 (最高 _____ °C、 _____月 _____日) 頭痛 関節痛 のどの痛み 鼻水 倦怠感 咳 痰 息苦しさ
胸痛 胸部圧迫感 動悸 食欲がない はきけ 嘔吐 下痢 味覚障害 嗅覚障害 目の充血
その他 (_____)
- 経過はどうですか? (良くなっている ・ 同じ ・ 悪くなっている)
- 身近な方で同様の症状の方はおられますか? (はい・いいえ)
- 身近な方でこの1週間内にインフルエンザ・新型コロナ・その他(_____)と診断された方がいる。
- 薬や食品で調子が悪くなったことはありますか? ある方は具体的に薬品名・食品名・症状など記載してください
(ない ・ ある _____)
- 身長 _____ cm、 体重 _____ kg
- 未成年の方の場合 保護者の (名前 _____ ・ 連絡先 _____)
- 女性の方にうかがいます 最終月経 (_____ 月 _____ 日 ~)
現在妊娠していますか? (いいえ ・ 可能性がある ・ はい _____ 週) 現在授乳中ですか? (いいえ ・ はい)
- タバコ: 吸わない、吸う (1日 _____ 本、 _____ 歳 ~)、禁煙した (以前は1日 _____ 本、 _____ 歳 ~ _____ 歳)
- アルコール: 飲まない、飲む (毎日・週に _____ 日・時々) (種類: _____、量 _____)
- 今まで大きな病気、手術、外傷などがありますか?
_____ 歳頃 病名 _____、 _____ 歳頃 病名 _____
_____ 歳頃 病名 _____、 _____ 歳頃 病名 _____
- 現在、他の医療機関に通院中ですか? (はい・いいえ) はいの方は医療機関名、疾患、処方薬等を記入下さい
(_____)
- マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか (はい・いいえ)
- この1年間で特定健診および後期高齢者健診を受診しましたか
(受診時期: _____ 指摘事項: _____)