

発熱外来 申込・問診票

ID

社保 ・ 国保 ・ 受給者証 ()

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成
氏名			年 月 日生 (才)
住所	〒	電話	
		携帯	
		車のナンバー	(運転席・助手席・後部座席)

該当する箇所に○をつけてください

いつからですか？

今日 (午前・午後 時頃から) 昨日 その他 ()

来る前にお薬は使用しましたか ある (薬名) ない

風邪症状

発熱 (°C) 咽頭痛 咳 鼻水 鼻づまり 頭痛 関節痛 倦怠感

お腹

腹痛 お腹が張る 下痢 嘔吐 吐き気 便秘 食欲不振

胸・体

胸痛 動悸 息切れ 胸の圧迫感 体のむくみ 血圧が高い

頭・目

頭痛が続く めまいがある 水分・食事摂取 できている できていない

家族内の風邪症状

ある いつから () 誰 () 症状 () ない

管外への外出 (1ヶ月以内 家族も含む)

ある 誰 () 場所 () ない

管外の方との接触 (1ヶ月以内)

ある その方の居住地 () ない

今までかかった主な病気・手術

ある () ない

かかりつけの病院・診療所はありますか? ある () ない

定期的に服用しているお薬

ある 薬品名 () ない

お薬手帳はお持ちですか? はい いいえ

アレルギー

ある 薬 () 食品 () ない

妊娠

している ヶ月 不明 していない 授乳中

小学生以下の方

熱性けいれん歴が ある ・ ない

シロップ 粉 錠剤 の処方を希望します