

いけだ内科医院 発熱外来 問診票

年 月 日

<u>フリガナ</u>		身長	体重	今測定した体温
氏名		cm	kg	°C
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	年齢	歳	男・女
住所	〒			
電話番号（ <u>本日必ずつながる番号を書いてください</u> ）				
緊急連絡先電話			連絡先の方との関係	

① どのような症状がありますか？ 症状がはじまったのはいつですか？

発熱 一番高い時 °C	頭痛（いつから）	その他（）
（いつから）	鼻水（いつから）	（いつから）
咳（いつから）	下痢（いつから）	
喉の痛み（いつから）	嘔吐（いつから）	

② 家族の方や身近な方で同じような症状の方はいますか？

いいえ ・ はい → （）

③ 上記の症状で当院受診前に医療機関を受診されましたか？

いいえ ・ はい（いつ受診しましたか；）

（処方された薬；）

④ 心配な病気、調べてもらいたい病気はありますか？

いいえ ・ はい →（インフルエンザ・コロナ・その他）

⑤ アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい → （）

⑥ 過去に大きな病気または現在治療中の病気がありますか？

いいえ ・ はい → （）

⑦ 普段飲んでいる薬はありますか？

いいえ ・ はい → お薬手帳は持参されていますか？ いいえ ・ はい

⑧ 女性の方へ 妊娠していない ・ 妊娠中 ・ 妊娠している可能性がある ・ 授乳中

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ いいえ ・ はい

当院は診療情報を取得・活用することで、より質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用のご協力をお願い致します。

本日行く薬局は？（ ） スタッフ記入用 SpO₂ _____ %