

発熱外来問診票

来院時の体温 _____ °C

氏名: _____

生年月日: 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号: _____

① 当院への受診歴 あり 初めて もしくは 不明

② 発熱した日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃 最高体温 _____ °C

③ 症状 頭痛 関節痛 咳 鼻水 のどの痛み 倦怠感
 息苦しさ 腹痛 下痢 吐き気・嘔吐 排尿痛 腰痛
 味覚異常 嗅覚異常 その他(_____)

④ 周囲での有症状者 いる いない
↳ (コロナ ・ インフル ・ その他: _____)

⑤ 感染リスクの高い場所・環境へ… 行った 行かない 分からない

⑥ 薬品・食物のアレルギーの有無 ある ない 分からない
↳ (品名: _____)

⑦ 医師の診察前に 検査を希望 する いいえ

その他

！注意事項！ 以下、ご了承ください

- ◎ お支払いは現金のみとなります
- ◎ 時間の指定をさせて頂いておりますが、一般外来の状況によりお待たせする場合があります