

②発熱外来問診票

職員記入欄 ID : _____ 体温 : _____ °C SpO₂ : _____ % ____ / ____ / ____

*以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。

*ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為にのみ使用いたします。

ふりがな		性別	☐ 男 ☐ 女
お名前		生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 歳)
ご住所	〒 _____	電話番号	自宅 : _____ 携帯 : _____
緊急連絡先	電話 : _____	続柄	_____

1. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ ☐ なし ☐ ある
2. どのような症状がありますか？
☐ 発熱 ☐ のどの痛み ☐ 咳 ☐ たん ☐ 鼻水・鼻づまり ☐ 息苦しさ ☐ 強いだるさ
☐ 腹痛 ☐ 下痢 ☐ 吐き気・嘔吐 ☐ 頭痛 ☐ 関節痛・筋肉痛 ☐ 味覚・嗅覚異常
☐ その他 (_____)
3. 今までに大きな病気をしたことはありますか？ 病名もお書きください。 ☐ なし ☐ ある (_____)
4. 次のうち受けたことのあるものはありますか？ ☐ なし ☐ 入院 ☐ 手術 ☐ 輸血
5. 直近1年間で健診（特定健診や高齢者健診等）を受診されましたか？ ☐ なし ☐ ある
6. 緑内障と言われたことはありますか？ ☐ なし ☐ ある
7. 現在治療中の病気はありますか？ ☐ なし ☐ ある (_____)
8. 現在服用中の薬はありますか？ ☐ なし ☐ ある (_____)
9. これまでにアレルギーを起こしたことはありますか？ ☐ なし ☐ ある：薬・食品・花粉 (_____)
10. 家族で重大な病気や慢性の病気の方はいますか？（例：母が肝硬変、祖母が糖尿病等）

11. アルコールは飲みますか？ ☐ 飲まない ☐ 飲む：毎日 ☐ 週3～4日程度 ☐ 時々・付き合い程度
12. タバコは吸いますか？ ☐ 吸わない ☐ 吸う（1日 _____ 本）
☐ 禁煙した（ _____ 年前）それまでの喫煙（1日 _____ 本）X（ _____ 年間）

【女性の方にお尋ねします】

13. 現在妊娠中、またはその可能性がありますか？ ☐ いいえ ☐ はい
14. 現在授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい
15. 当院をどのようにして知りましたか？
☐ インターネット検索（検索ワード _____）☐ ホームページ ☐ 看板 ☐ 紹介（ _____ ）☐ その他（ _____ ）

*当院は診療情報を取得・活用することにより、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にご協力をお願いいたします。