

予約時刻：		発熱外来 問診票	
受付日： 20 年 月 日		診察券の番号：	
お名前（ふりがな） 男・女		検査結果などの連絡先（電話番号）	
才		連絡相手： 本人 ・ （ ）	
来院方法： 自動車 ・ 徒歩 ・ その他（ ）		お薬手帳： ある ・ なし 後発医薬品： 可 ・ 不可	
来院時バイタルサイン ※病院職員が記入します T= °C SpO2= % R= 回/分 P= 回/分 BP= / mmHg		上ヶ原病院を受診したことが → ある ・ ない 病 名： 主治医： Dr	
発熱の状況や来院までの経過 例：2月3日から4日間、37.5℃ぐらいの熱が続いている。その都度、解熱剤を飲んだ。〇〇医院を受診した。			
症状についてご記入ください。 ※該当する症状に○印をつけてください。最もつらい症状は◎印をつけてください。 例：○ せき（2月1日から続いている） ◎ のどが痛い（3月3日 食事食べられない）			
呼吸について			
せき （ 月 日から ）		鼻水・鼻づまり （ 月 日から ）	
たん （ 月 日から ）		のどが痛い （ 月 日から ）	
息苦しい （ 月 日から ）			
お腹について			
腹痛 （ 月 日から 場所 ）		吐き気 （ 月 日から ）	
嘔吐 （ 月 日から 回数 ）		下痢 （ 月 日から 回数 ）	
便秘 （ 月 日から ）			
その他について			
頭痛 （ 月 日から ）		めまい・ふらつき （ 月 日から ）	
食欲がない （ 月 日から ）		体がだるい （ 月 日から ）	
味がわからない （ 月 日から ）		においがわからない （ 月 日から ）	
発疹・発赤がある （ 月 日から 場所・状況 ）			
関節や筋肉が痛い （ 月 日から 場所・状況 ）			
他院を受診したり、市販のお薬を飲んだりしましたか？ → した ・ していない ※「した」の方は下記にご記入ください。			
その他に、医師に伝えたい事があればご記入ください。			
最近、インフルエンザやコロナ、その他の病気に罹ったことはありますか？ → ある ・ ない ※「ある」の方は下記にご記入ください			

裏面もご記入ください。

身近に感染症に罹っている人や発熱・咳・下痢などが続いている人がいればご記入ください。

例：夫が1ヵ月前から咳が続いている。 職場の同僚が3日前からコロナで休んでいる。 クラスにインフルエンザで休んでいる人がいる。

6ヵ月以内に予防接種をされた方はご記入ください。

例：11月10日 インフルエンザ 12月25日 带状疱疹のワクチン

何かペットを飼っている場合はご記入ください。

例：猫を3匹飼っている。 セキセイインコを5羽飼っている。

1ヵ月以内に動物に噛まれたり、虫刺されの経験があればご記入ください。

例：一週間前に公園でダニに噛まれた。

いつ頃？ どこで？ 何に？

3ヵ月以内に海外へ行かれた方はご記入ください。

例：2月に3週間、インドネシアへ仕事で行った。

いつ頃(期間)？ どこへ？ 何のために？

※これよりは当院へ初めてお越しの方のみご記入ください。

これまでに病気で入院されたり、手術の経験はありますか？ → ある ・ ない ※「ある」の方は下記にご記入ください

いつ頃？ どんな病気や手術？

現在、治療中の病気はありますか？ → ある ・ ない ※「ある」の方は下記にご記入ください

例：10年前より糖尿病。3年前より腎臓病で週に3日間、透析に通っている。

現在、内服中のお薬やサプリメントはありますか？ → ある ・ ない ※「ある」の方は下記にご記入ください

アレルギーはありますか？ → ある ・ ない ※「ある」の方は下記にご記入ください

お薬 食べ物・その他

嗜好品について、当てはまるものはありますか？

喫煙歴： 本/日を 年間 飲酒歴：何を？ どれだけ？ 何年間？

その他：

身長： cm 体重： Kg BMI： ※BMI = 体重kg ÷ (身長m)²

女性の方のみ

現在、妊娠中ですか？ → はい（ ヲ月 ） ・ 可能性がある ・ いいえ

現在、授乳中ですか？ → はい ・ いいえ