

発熱問診票

名前：_____

来院時体温：_____ °C

体調が悪い中、記載していただきありがとうございます。

本日、初診問診票記載の方は ④、⑤、⑥、⑦、⑧のみ記載で構いません。

① 症状はいつからありますか？

② 発熱はありますか？

はい・いいえ

発熱はいつからですか？ 月 日 AM・PM 時ごろから

1番高くて何度まであがりましたか？ °C

③ 発熱以外の症状はありますか？

咳 痰 のどの痛み 鼻水 腹痛 吐き気 嘔吐 下痢 頭痛 関節痛
その他 ()

④ 今回の風邪症状で何かお薬を服用しましたか？

いいえ・はい ()

⑤ 現在飲んでいるお薬はありますか？ ※薬手帳があればお出しください

いいえ・はい ()

⑥ 女性の方へ 現在妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ・はい (妊娠中 _____ 週目 · 妊娠の可能性あり · 授乳中)

⑦ ご家族や周囲で体調が悪い方はいましたか？

いいえ・はい

⑧ コロナ、インフルエンザの検査希望はありますか？

希望無し 相談してから 希望する (コロナ・インフル・両方)

⑨ インフルエンザの予防接種は受けましたか？ (今期10月以降)

はい・いいえ

⑩ お支払い方法 (現金 · クレジットカード · 交通系 IC)