ＩＤ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受診日：令和　　年　　月　　日

発熱外来問診票（内科）

フリガナ	男	生年	昭和・平成　　年　　月　　日
氏名	女	月日	（　　）歳
住所　〒	携帯番号（　　－　　－　　）（続柄　　）		
	電話番号（　　－　　－　　）		

身長　　ｃｍ　　体重　　kg　　体温　　℃　　脈拍　　回/分　　Sp0₂　　%

★現在の症状に〇をつけてください

発熱（　月　　日　　時頃～）　頭痛　　のどの痛み　　鼻水　　鼻づまり　　咳

腹痛　　下痢　　吐き気　　嘔吐　　その他（　　）

※症状が出始めたのはいつ頃からですか？（　　月　　日頃　）

★３ヶ月以内にコロナ・インフルエンザにかかりましたか？

☐　かかっていない　　・　　☐　かかった　（　☐　インフル　　・　☐　コロナ　）

それはいつ頃ですか？　　（　　月　　日頃）

★職場・家庭内で体調不良の方がいますか？

☐　いない　☐　いる　→どなたですか？（　　）

★現在治療中の病気はありますか？

☐　なし　　☐　あり　病名　　

★過去に治療した大きな病気、手術はありますか？

☐　なし　　☐　あり（　　）

★現在服用中の薬はありますか？　（内服中の薬がある際はお薬手帳をお見せください。）

（　　）

★食べ物や薬・注射で過敏反応（アレルギー反応）などが起きたことがありますか？

☐　なし　　☐　あり

↳ 薬の名前（種別）とその症状：　　

食べ物とその症状：　　

その他のアレルギー：　　

★タバコは吸いますか？　☐　吸わない　　☐　吸う（吸ったことがある）（１日　　本/　　年間）

★妊娠の有無　☐　なし　☐　あり（　　週）　　★授乳の有無　☐　なし　☐　あり

★検査希望の有無

検査の希望がある（☐インフル・☐コロナ）　・　☐ 検査の希望がない　・　☐ 診察の結果にて決める

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致します。

マイナ保険証を利用される方へ

☆過去、他院でのお薬情報・特定健診情報などを当院が取得することに同意されますか？

（この情報はあなたの診察や健康管理のために使用します。）　☐同意する　　☐同意しない

☆他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？　☐持っている　☐持っていない

☆現在、他の医療機関に通院していますか？　☐通院している　☐通院していない

正信会　水戸病院　内科