

発熱受診問診票

(※インフルエンザを疑われる場合、この問診票をお使いください。)



★ご記入後、保険証といっしょに受付にお出し下さい。

フリガナ	性別	明治・大正・昭和・平成・令和
お名前	男・女	年 月 日(歳 ヶ月)
フリガナ		
ご住所 〒 -	自宅電話 ()	
	携帯電話 ()	
	(※本日連絡のつく番号)	
フリガナ		
上記以外 の連絡先	電話番号 ()	

- 現在の熱 °C 最近の体重 kg
- 過去1ヶ月以内に渡航歴はありますか？
 はい (国名 、 月 日 ~ 月 日) いいえ
- 熱はいつ頃からですか？
 () 日 午前・午後() 時頃より
- 熱以外に症状はありますか？あればチェックを入れてください。
 咳 のどの痛み 鼻水 下痢 嘔吐 その他 ()
- インフルエンザと診断された方が近くにおられますか？
 はい (家庭 職場 学校 その他) いいえ
- 今の症状で、どこか他の医療機関に受診しておられますか？
 はい (医療機関名) いいえ
- 現在服用されているお薬はありますか？
 はい (薬名) いいえ
- 薬や食べ物で副作用やアレルギーが出た事がありますか？
 はい (薬名・食品名) いいえ
- 今までにかかったことのある病気があればチェックを入れてください。
 (病名が分かればお書きください)
 心疾患 () 肝疾患 () 腎疾患 ()
 呼吸器疾患 () 糖尿病 高血圧 緑内障
 前立腺肥大 手術 () その他 ()
- インフルエンザの予防接種は受けられましたか？ はい いいえ

※女性の方のみお答えください。

11. 妊娠の可能性または現在、妊娠中ですか？ はい いいえ

12. 現在、授乳中ですか？ はい いいえ

※ご記入されました個人情報については、当該診療センターにおける業務以外には使用いたしません。