

受付番号：

カルテ番号：

# 発熱問診票



おおたきクリニック

フリガナ	平成	年	月	日
お名前	(男・女)			
生年月日	大・昭・平	年	月	日生 ( 歳 [1歳未満の場合 ヶ月])
ご住所	〒( )	市		
TEL	自宅	携帯		
	身長	cm	体重	kg

- ① 症状はいつからですか？  
( )月( )日(AM・PM )時頃から 最も高い体温 °C( 日 時頃)
- ② 当てはまる症状を○で囲んでください。一番つらい症状は◎で囲んでください。  
咳(日中・夜間) / のどの痛み / 鼻水 / 痰(たん) / 体のだるさ / 寒気 / 関節痛 / 頭痛 / 吐き気 / 下痢 / その他( )
- ③ まわりに風邪症状の方はいますか？ いいえ はい (続柄: 病名: )
- ④ 現在飲んでいる薬はありますか？ いいえ はい (薬剤名: )
- ⑤ 今までにかかった病気はありますか？ いいえ はい [ 緑内障・前立腺肥大・不整脈  
その他 \_\_\_\_\_ ]
- ⑥ アレルギーはありますか？ いいえ はい [ 花粉: 食物:  
薬: \_\_\_\_\_ ]
- ⑦ 血縁のあるご家族/ご親戚に病気はありますか？ いいえ はい [ 高血圧・高脂血症・糖尿病・がん  
喘息・アトピー・その他 \_\_\_\_\_ ]
- ⑧ アルコールを飲みますか？ いいえ はい [ 時々・2-3日おき・ほぼ毎日  
-----  
ビール・日本酒・焼酎・その他 \_\_\_\_\_ ]
- ⑨ タバコを吸いますか？ いいえ はい (1日 本、 歳から)
- ⑩ 皮膚の消毒(アルコール綿など)でかぶれた事がありますか？ いいえ はい (症状: )
- ⑪ (女性の方) 妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい (妊娠 ヶ月)、授乳中

以上です。ご協力ありがとうございました。