

# 発熱外来問診票（初診用）

記入年月日	年 月 日	生年月日	S・H・R	年 月 日
ふりがな 名前	年 齢		才 月	性 別
ふりがな 住所	〒			
	電話番号			
体重	成人の方は記入不要 kg	現在の体温	℃	

- 1) このクリニックに兄弟や家族がかかったことがありますか はい いいえ  
 その方のお名前（ ）
- 2) 熱はいつからありますか  
 今日 昨日 2日前 3日前 4日前 5日前 それ以上前 月 日 (頃)
- 3) 最高体温は何度くらいですか ℃ それはいつですか  
 今日 昨日 2日前 3日前 4日前 5日前 それ以上前 月 日 (頃)
- 4) 熱以外の症状はありますか はい いいえ  
 咳 鼻水 鼻がつまる ゼーゼーする（息苦しい） のどが痛い  
 頭が痛い だるい 発疹（ボツボツ）  
 吐く 気持ち悪い 下痢 お腹が痛い  
 その他（ ）
- 5) 同居している人に、過去14日間に発熱された方はいますか はい いいえ  
 診断されていれば、その診断名（ ）
- 6) 新型コロナウイルスワクチンは接種しましたか はい いいえ  
 何回接種しましたか 回 (くらい)
- 7) 他の医療機関で診療をうけていますか はい いいえ  
 はいの場合その診断名（ ）  
 医療機関名（ ）
- 8) ほかの病院でお薬をもらっていますか、もしくは最近までもらっていましたか はい いいえ  
 その薬の名前はわかりますか お薬手帳があれば薬の名前は記入不要です  
 （ ）
- 9) 薬を飲んでじんましんなどアレルギー症状が出たことがありますか はい いいえ  
 その薬の名前（ ）
- 10) アレルギーは何かありますか はい いいえ  
 はいの場合そのアレルギー（ ） わからない
- 11) 今まで受けた予防接種がおわかりになれば○をつけてください（母子手帳を受付に提出していれば記入不要）  
 BCG 四種混合 二種混合 ヒブワクチン 肺炎球菌 麻しん風しん混合(MR)  
 水ぼうそう おたふく ロタウイルス B型肝炎 日本脳炎 その他
- 12) その他、何かありましたらお書きください。