

発熱外来問診票（初診用）

記入年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日				
ふりがな 名前			年	才	ヶ月	性別	男・女
			齢				
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) 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 ()
- 7) 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
 ()
- 8) 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 ()
- 9) 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
- 10) 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 5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 HPV (子宮頸がん) その他
- 11) その他、何かありましたらお書きください。