

# 発熱外来問診票（再診用）

記入年月日	年	月	日			
ふりがな 名前				年 齡	才	ヶ月
					性別	男・女

体重	成人の方は記入不要	kg	現在の体温	℃
----	-----------	----	-------	---

- 1) 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)
  
- 2) 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)
  
- 3) 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 (ポツポツ)  
 吐く    気持ち悪い    下痢    お腹が痛い  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )
  
- 4) 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 ( \_\_\_\_\_ )
  
- 5) 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)
  
- 6) 他の医療機関で診療を受けていますか 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) その他、何かありましたらお書きください。