

発熱外来問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前			性別	(年齢 ケ月)		
ご住所	〒		自宅電話			
			携帯電話			
			職業			

該当する項目に□チェックを付けてお答えください

症状の経過	発症日： 月 日 時頃から				
現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()			
飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方でお薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください (薬手帳がない方は薬の内容をご記入ください)			
たばこは吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日に 本、約 年間) <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた				
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠中()カ月 <input type="checkbox"/> 授乳中				
同居家族・学校・勤務先などに、感冒症状のある方はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	※「いる」とお答えの方 ()			
本日から14日前の間に海外に、行きましたか？	<input type="checkbox"/> 行かない <input type="checkbox"/> 行った	※「行った」とお答えの方 (場所：) (期間： 月 日 ~ 月 日)			

自主検査の結果(PCR・抗原) なし あり **※結果が陰性でも医師の判断により再検査させて頂く場合があります**

当院では患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力を願いいたします。

ご協力ありがとうございました。問診票の情報は診療以外の目的に使用することはございません。



— 内科・リウマチ科・呼吸器内科 —
拝島やまかみクリニック
HAIJIMA YAMAKAMI CLINIC