発熱外来問診票

年 月 日 記載

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  |  | 生年月日性別  | 西暦　年 　月 　 日生（　　　　　　 ）歳  🔳男性　　　🔳女性 |
| お名前 保護者氏名 |   |
| 住所  | 〒 　　　－  | 身長　　　　㎝、体重　　　　㎏　 職業　 |
| 電話番号 メールアドレス | （ 　　　） 　　　－ 🔳携帯 🔳自宅　　（ 　　　） 　　　－ 🔳携帯 🔳自宅 　 ＠ 　 |

1. 現在の自覚症状であてはまるものをチェックして下さい。また、その症状はいつ頃からですか？

🔳発熱　　℃　🔳咳　🔳咽頭痛　🔳鼻汁　🔳全身倦怠感　🔳味覚障害　🔳頭痛　🔳吐き気　🔳腹痛　🔳下痢　🔳皮疹　　🔳その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　　　発症時期　　　　月　　　　日～

1. 現在、もしくは今まで、身体のご病気はありますか？ ある場合通院先をお知らせ下さい。

🔳なし 　🔳あり　 　　 　　 　　　通院先　　　　　 、 　　　　　　　　 通院先

現在内服中のお薬はありますか？

🔳なし 　🔳あり・薬剤名 　　　　　　　　　 （お薬手帳をご提示頂ければ、記入は省略可です。）

1. ご家族についてお知らせください。 ご病気の方は病名をお書きください。

父（ 才）健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）

母（ 才） 健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）

配偶者（ 才）健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）

兄弟姉妹　健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）子（ 才） 健康・病気（病名 ）・死亡（病名 ）

1. 薬や食物等が原因で、発疹などのアレルギーや副作用が出たことはありますか？

🔳なし 　🔳あり（症状＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

原因であてはまるものをチェックして下さい

🔳シナモン 🔳卵　🔳エビ カニ 🔳ヤマイモ 🔳ゴマ 🔳小麦 🔳そば 🔳ゼラチン 🔳花粉（具体名 ）

🔳金属（具体名 ）🔳化学物質（具体名 ） 🔳ハウスダスト 🔳ダニ 🔳寒冷 🔳薬剤（具体名 　　 ）

1. （女性の方のみ）現在妊娠中または授乳中ですか？

　🔳 どちらでもない　🔳妊娠中　　　🔳授乳中

ご記入いただきました個人情報は、厳重に管理し、診療以外に利用することはありません。　　 Ikeda Clinic