

問診票(発熱外来)

処置室 (④・⑤) ・3 診

※再診の方は氏名のみご記入下さい。(変更箇所がありましたらご記入下さい)

受診日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日	西暦	年	月	日()歳
	性別	男 ・ 女			
住所	〒				
電話番号	自宅： ()	携帯：	—	—	

※お手数ですが該当する口に☑をお願い致します。不明点は空欄で構いません。

当てはまる症状はありますか？	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 関節が痛い <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 痰がでる <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他() 体温()℃
症状はいつからですか？	()
(※女性の方のみ) 現在妊娠・授乳はされていますか？	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠している 妊娠週()週 <input type="checkbox"/> 授乳中
身近に同じ症状の方はいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喘息やアレルギー性鼻炎はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今までかかった病気(手術歴も含む)、 または現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →はいの方は下記にご記入下さい。 ()
現在飲んでいる薬はありますか？ ※お薬手帳があれば受付にお渡し下さい。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →はいの方は下記にご記入下さい。 ()
お薬や食べ物のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →はいの方は下記にご記入下さい。 ()
検査のご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> コロナ <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ

当院をどこで知りましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> クリニックの看板を見て <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 <input type="checkbox"/> バス案内 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介(病院名：)
マイナ保険証による診療情報取得に同意済みですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

ご協力ありがとうございました☆

★マイナ保険証について

当院はマイナ保険証の利用や問診票などを通じて患者様の診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めている医療機関です。そのため、患者様には積極的にマイナ保険証をご利用いただいております。

