

発熱問診票

フリガナ							
氏名		男性 女性	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日(歳)
住所	〒						
電話番号	(自宅)			(携帯)			

発熱について。 (当院受診時 体温 SAT %)

いつからどのような症状ですか。

___月___日 時刻() 体温 度 症状()

___月___日 時刻() 体温 度 症状()

___月___日 時刻() 体温 度 症状()

___月___日 時刻() 体温 度 症状()

今回経過中内服した薬()

周囲に同様の症状の方はいますか。

ない あるいはある()

現在治療中の病気やこれまでにかった病気はありますか。

ない あるいはある()

タバコは吸いますか。

吸わない 吸う(___歳から 1日あたり___本)

以前にやめた(___歳から ___歳まで 1日あたり___本)

現在のんでいる薬はありますか。

ない・ある ()

薬のアレルギーはありますか

ない あるいはある()

食べ物のアレルギーはありますか

ない あるいはある()

女性の方にうかがいます。

妊娠されていますか。 いいえ はい()週目

授乳中ですか いいえ はい

コロナワクチン接種回数 ()回 最後のワクチン種類()