**問診票（発熱外来）**

～お手数ですがご記入ください～

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **性別** | | 男　・　女 |
| **氏名** |  | **生年月日** | | 西暦　　　　　　年  　　　　月　　　日（　　　　歳） |
| **電話番号** | ①  ② | | | |
| **↑注：電話番号は必ず２つご記入ください（うち１つは必ず携帯電話）**  **（①携帯②自宅、①自宅②他の家族の携帯　①携帯②他の家族の携帯　等）** | | | | |
| **住所** | 〒 | | | |
| **★症状のあるものにチェックをお願いします**  □目の痛みやかゆみ （　　）日前から  □下痢　　　　　　 （　　）日前から  □吐き気、嘔吐　　 （　　）日前から  □咳　□鼻水　□痰 （　　）日前から  □のどの痛み　　　 （　　）日前から  □発熱　　　　　　 （　　）日前から  □呼吸苦　　　　 　 （　　）日前から  □頭痛　　　　　 　（　　）日前から  □味覚・嗅覚異常　 （　　）日前から  □全身倦怠感　　 　（　　）日前から  □関節筋肉痛　　 　（　　）日前から  □その他の症状 | | | **★以下の疾患をお持ちでしたら病名を**  **○で囲んでください**  　悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病、  　高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満（BMI30以上） | |
| **★上記以外に現在治療中の病気がありますか**  　ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　）・いいえ | |
| **★現在、他の医療機関に通院されていますか**  　はい　・・・医療機関名：  　　　　　　　受診日　　：　　月　　日　頃  　　　　　　　治療内容　：  　いいえ | |
| **★内服中の薬がありますか**  　ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　）・いいえ | |
| **★アレルギーはありますか**  　ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　）・いいえ | |
| **★喫煙はされますか**  　する（１日　　本/　　年前から）・いいえ | | | **★女性の方へ**  　妊娠中、または妊娠の可能性はありますか  　ある　・　いいえ | |
| **★臓器の移植、免疫抑制剤や抗がん剤等の使用等により免疫機能が低下しているおそれはありますか**  （　ある　・　いいえ　） | | | | |
| **★今までに入院や手術するような大きな病気にかかったことがありますか**  ある 病名　　　　　　　　　時期　　　　　　　　医療機関名  　治療内容  　ない | | | | |
| 当院は診療情報を取得・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お願いいたします。 | | | | |

※医師記入欄　SｐO2　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**現在の体温　　　　　　℃**