

発熱外来問診票

診察券番号	・はじめて	受診日	年	月	日
ふりがな					
氏 名	男 ・ 女				
生年月日	年	月	日	(	歳 ヶ月)
住 所	※はじめての方は記入してください				
	川崎市	区			
※はじめての方は記入してください		※はじめての方は記入してください (続柄)			
電話(自宅)		携帯			
平熱		℃	体重 kg		

1.今日はどのような症状での受診ですか？

現在の体温 ℃

- ☐ 発熱 (発熱した日時： 月 日 : 午前・午後 時頃その時の体温： ℃)
☐ 咳 ☐ 鼻水 ☐ のどの痛み
☐ 痰 ☐ 息苦しさ・息切れ ☐ 頭痛
☐ 腹痛 ☐ 吐き気・嘔吐 ☐ 下痢
☐ 倦怠感 ☐ 関節痛 ☐ 味覚・嗅覚障害
☐ その他 ()

2. 現在服用している薬はありますか？ （ はい ・ いいえ ） *「はい」の方はお薬手帳をご準備ください。

・アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

・薬剤()・食べ物()・その他()

3. 経鼻インフルエンザワクチン(フルミスト)接種後 2 週間以内ですか？ (はい ・ いいえ)

4.その他 * 周りで流行っている感染症等あればご記入ください