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 電話(自宅)		※はじめての方は記入してください　(続柄　) 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.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