

◆発熱者外来 問診票 ID: \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

氏名	年齢	性別 男・女	生年月日
郵便番号	住所	電話	

★身長 cm 体重 kg

看護師記入欄【VS】			
T:	°C	P:	回/分
BP:	mm Hg	R:	回/分
SPO2	%		

◎ここ1か月以内に海外へ行ったことがありますか？  
【 はい (国名 ) ・ いいえ 】

◎本人及び同居の方で2週間以内に発熱された方は  
いますか？  
【 はい (誰が ) ・ いいえ 】

1. どのような症状・理由で受診されましたか？ (該当する□の中にレ点をつけてください)

- 発熱     のどの痛み     せき     たん     鼻水     関節の痛み  
 頭痛     腹痛     胃痛     つかえ感     食欲がない     吐き気  
 嘔吐     お腹が張る     下痢     便秘     目や肌が黄色い  
 体重減少     めまいがする     倦怠感が強い     血圧が高い  
 その他 ( )

(ア) 症状はいつからどのように始まりましたか？

年 月 日ごろから 【  突然起こった     だんだん起こった 】

(イ) 症状はどのように変化していますか？

【  変わらない     悪くなっている     良くなっている 】

2. 既往歴についてお伺いします。

①今までに次の病気をしたことがありますか？  なし

“あり” ⇒  高血圧     糖尿病     喘息     がん     心疾患     脳血管疾患     その他 ( )

②手術を受けたことがありますか？ 【  なし     あり 】

何の手術 ( ) いつ頃 ( 年 月 )

3. 現在治療中の病気はありますか？

①現在飲んでいるお薬はありますか？ 【  なし     あり 】

お薬手帳をお持ちの方は  
受付にて提出ください。

4. 女性の方へ □の中にレ点をつけてください

【妊娠中： いいえ     はい】    【授乳中： いいえ     はい】    【妊娠の可能性： いいえ     はい】

★5. アレルギーの有無についてお伺いします。(該当する□の中にレ点をつけ、出た症状をご記入ください。)

- 薬物 ( )     造影剤     アルコール綿  
 食物 ( )     テープ類 ( )

記入者 (代理) \_\_\_\_\_

続柄 ( )