

発熱患者さん用 問診票



谷崎MAクリニック

風邪（インフルエンザなど）・腹痛（胃腸炎など）の時期は、外来がたいへん混雑します。
診療をスムーズに行うための、診療前の簡易問診表です。ご協力、よろしくお願いいたします。

(ふりがな)		生年月日		T・S・H		月		日	
お名前		年齢		歳		性別		男・女	
〒()		市		郡		区			
住所		県		市		区			
※外出時に連絡が取れる電話番号のご記入、ご協力お願いします。									
電話番号（携帯）					（自宅）				
最近のお子様の体重（10歳未満の方のみご記入お願いします）（ kg） 体温（ ℃）									

1. 発熱はいつからですか？

()月()日(AM・PM)時ごろから 最高()℃ ・ 計っていない

2. 過去3日以内に、家族でインフルエンザの方はいますか？

はい(続柄:)・ いいえ

◆以下の症状があれば全チェックしてください。 はい:○ 少し:△ いいえ:×

☐	頭痛	☐	腹痛	☐	関節痛・筋肉痛・倦怠感
☐	のどの痛み	☐	吐き気・嘔吐	☐	せき
☐	下痢	☐	鼻水・鼻づまり		

その他の症状()

3. 症状・検査・治療について不安なこと・ご質問・ご要望事項がございましたら、ご記入ください。

4. 今までお薬でアレルギー（じんましんがでたり、気分が悪くなった）をおこしたことがありますか？

ない ・ ある (お薬の名前)

5. 現在、治療中の病気がありましたら、お書きください。

ない ・ ある 病名() お薬名()

6. 過去に入院や手術をされたことがありましたら、お書きください。

ない ・ ある 病名() いつごろ() 才頃

7. ご家族のなかで、下記の病気の方(亡くなられた方)がいらっしゃいましたら、○をつけてください。

①高血圧(続柄:) ②糖尿病(続柄:) ③脳卒中(続柄:)

④がん(続柄: 部位:)(続柄: 部位:)

8. 検査や治療についてご希望がありましたら、お書きください。

(血液検査・点滴・注射・漢方薬)

9. 現在、妊娠中または妊娠の可能性がございますか？

ない ・ ある

10. 当クリニックを受診されたきっかけは？(あてはまる項目にチェックをお願いします)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ 自宅職場が近い | ☐ 診療時間が利用しやすい | ☐ インターネット(アイチケット・HP) |
| ☐ 電話帳・雑誌広告 | ☐ 当院「本体」の看板広告を見て | ☐ その他看板広告を見て |
| ☐ 家族からの紹介 | ☐ 友人からの紹介 | ☐ その他[] |
| ☐ 他医療機関から紹介 [病院名:] | | |