

ID: \_\_\_\_\_

# 発熱問診票

体温: \_\_\_\_\_ °C

氏名: \_\_\_\_\_ 性別 男・女

住所: 〒 \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 電話番号: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

自身の携帯番号

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

**スタッフとの会話は極力お控えください。  
質問等はクリニックに電話してください！！**

## 基礎疾患（当てはまるものに丸）

悪性腫瘍（ \_\_\_\_\_ ） 慢性呼吸器疾患

慢性呼吸器疾患 慢性腎臓病 心血管疾患

喫煙 高血圧 糖尿病 高脂血症 臓器移植・免疫抑制剤

女性のかたへ→現在妊娠中

## <症状>

- |             |     |   |      |     |
|-------------|-----|---|------|-----|
| ・37.0℃以上の発熱 | あり( | 月 | 日から) | ・なし |
| ・咽頭痛        | あり( | 月 | 日から) | ・なし |
| ・咳          | あり( | 月 | 日から) | ・なし |
| ・痰          | あり( | 月 | 日から) | ・なし |
| ・鼻汁（透明・黄色）  | あり( | 月 | 日から) | ・なし |
| ・頭痛・関節痛     | あり( | 月 | 日から) | ・なし |
| ・倦怠感        | あり( | 月 | 日から) | ・なし |
| ・呼吸困難感      | あり( | 月 | 日から) | ・なし |
| ・嘔吐・下痢      | あり( | 月 | 日から) | ・なし |
| ・嗅覚・味覚障害    | あり( | 月 | 日から) | ・なし |
| ・その他(       |     |   |      | )   |

初診の方のみ：診察券：紙診察券

デジタル診察券 どちらかに丸