

処置
処置後の診察

点滴 吸入
有 無

検査

採血 尿 心電図 レントゲン

マイコ () 溶連菌 () アデノ () インフルA () / B () COV 抗原 ()

発熱(感染)問診表

記入日 年 月 日

ふりがな	生 年 月 日	年齢
氏名	男 女	年 月 日 歳
〒 住所	携帯番号	
来院時体温	°C	酸素飽和度 SpO ₂ : % PR :

初診 中学生以下

高校生以上

<p>体重 k g</p> <p>■本日はどうなさいましたか _____ 頃から (当てはまるものにチェックしてください)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喉が痛い ・鼻水が出る (色: 透明・黄色) ・咳 (日中・ 夜間・ 眠れない) ・吐いた (1日 _____ 回) ・下痢 (1日 _____ 回: ゆるい・水っぽい) <p>その他の症状</p> <p>■37.5°C以上の熱はありましたか (はい・いいえ) 月 日 時頃 °C</p> <p>■処方についてのご希望 飲み薬の形状 (錠剤 ・ 粉 ・ シロップ) 解熱剤を希望 (しない ・ する) する方→ 座薬 ・ 錠剤 ・ 粉 ・ シロップ</p>	<p>学生 ・ 社会人 (職業: _____)</p> <p>■本日はどうなさいましたか (記入例: 昨日の12時頃から熱、のどの痛み、頭痛あり) _____ 頃から</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>■37.5°C以上の熱はありましたか (はい・いいえ) 月 日 時頃 °C (平熱 °C)</p> <p>■たばこは吸いますか (いいえ ・ 現在あり・ 過去あり) → 本/日、(_____ 歳~ _____ 歳)</p> <p>■妊娠の可能性 (あり ・ なし)</p> <p>■授乳中 (はい・いいえ)</p>
--	--

■周囲の病気の流行はありますか (なし ・ あり →どこで: _____ 病名: _____)

■上記の症状で受診されましたか (いいえ・はい)

→はいの方 (医療機関名: _____) 検査 (あり<結果: _____) ・ なし) 処方 (あり・なし)

■今まで大きな病気・怪我・現在治療中の病気はありますか (なし ・ あり)

ありの方→どんな病気・怪我でしたか? (_____) いつ頃 (_____)

現在治療中の方 (病名 _____ 医療機関名 _____)

■現在服用している薬はありますか (なし ・ あり →<お薬手帳ある方は省略可> _____)

■今までにアレルギー・特異体質と言われたことはありますか (なし ・ あり)

→ありの方 (薬: _____ 食品: _____ 他: _____)

■新型コロナワクチン接種はされましたか 接種してない ・ _____ 回目 (_____ 年 _____ 月頃 / 不明)

再診 直近1週間に当院を受診された方 _____ 月 _____ 日に受診 検査(なし・あり→ _____)

■前回受診されてから、新たな症状の出現もしくは悪化したものはありますか