

# 内科問診票

受診日 年 月 日

名前		才	男・女	体重 kg	現在の熱 °C
住所・電話番号 (初診・変更あり・ R4.5月以降未受診)	〒 - TEL :				

## ①熱はありますか？（有無には○をつける）

ない

ある

・熱が出ている期間 月 日 ~ 月 日

・1番高い時は ( °C) ← ( / )

## ②症状について具体的に記入してください（発症日・発熱日は必ず）

(記入例) 10/30 (月) 深夜~ 鼻水、たん (黄)  
10/31 (火) 早朝~ 発熱37.6°C、のど痛、頭痛、咳、全身のだるさ

<咳・痰(色)・息苦しさ・だるさ・のど痛・頭痛・味覚嗅覚異常・下痢・吐き気>

## ③すでに他院や自宅でウィルスの検査をしていますか？

はい いいえ 結果 (コロナ抗原 ) (インフル抗原 ) ← 病院 ・ 家

## ④他の医療機関にかかっていますか？薬は服用していますか？

はい いいえ

「はい」の方 ⇒ 医療機関病名

病名

薬の名前

## ⑤今までに、薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか？

はい いいえ 不明

「はい」の方 ⇒ 薬・食べ物名

## ⑥女性の方のみ

・現在、妊娠中か妊娠の可能性はありますか？ はい ( )