

発熱外来 問診票

| | |
|---------|-------------------------------------|
| ふりがな | |
| お名前 | |
| 生年月日 | T S H R 年 月 日 歳 |
| 性別 | 男性 女性 |
| 〒 住所 | |
| 携帯電話番号： | |

体温 _____ °C

体重 _____ kg

いつから発熱がありますか。 _____ 月 日 時

| | | |
|-------|----|----|
| 咳 | あり | なし |
| 痰 | あり | なし |
| 鼻汁 | あり | なし |
| のどの痛み | あり | なし |
| 下痢 | あり | なし |
| 関節痛 | あり | なし |

| クリニック記載欄 | |
|----------|--|
| Covid | |
| Flu | |
| C&I | |
| Drug | |

家族内でのインフルエンザ感染の有無 あり なし

現在治療中の病気 _____

☆女性の方にお聞きします。

- 妊娠の可能性がある
- 現在妊娠 週
- 授乳中

ありがとうございました。

[ここに入力]