

発熱、感冒様症状の患者様へ

下記の質問にお答え下さい。(記入された方は、受付窓口にお出し下さい。)

(受診日)平成_____年_____月_____日

ふりがな

氏名 _____ (男・女)

生年月日 明・大・昭・平 _____年_____月_____日生_____才

身長_____cm、体重_____kg、体温(平熱)_____°C、体温(現在)_____°C、

1. 症状についてお聞きします。○をつけてください。

のどの痛み (有・無) (有の場合いつ頃からですか) _____

咳 (有・無) (有の場合いつ頃からですか) _____

痰 (有・無) (有の場合いつ頃からですか) _____

鼻水 (有・無) (有の場合いつ頃からですか) _____

頭痛 (有・無) (有の場合いつ頃からですか) _____

下痢 (有・無) (有の場合いつ頃からですか) _____

嘔気、嘔吐 (有・無) (有の場合いつ頃からですか) _____

腹痛 (有・無) (有の場合いつ頃からですか) _____

それ以外の症状があればお書きください。 _____

2. 発熱がある方にお聞きします。熱の経過をわかれば教えてください。(いつから何度まであがっていますか)

3. インフルエンザ、溶連菌の簡易迅速検査を希望されますか。ご希望あれば診察前にさせていただきます。

インフルエンザ検査 希望 (する・しない)

溶連菌検査 希望 (する・しない)

4. 今までに薬や食べ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)

「はい」の方...わかれば薬・食べ物の名前 ()

5. 今、飲んでいるお薬はありますか。(はい・いいえ)

「はい」の方...わかれば薬の名前 ()

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら、お呼びいたしますので、お待ちください。