

◆発熱外来◆問診票

記入日： 年 月 日

とりで腎・泌尿器科クリニック

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			西暦
住所	〒 -		
電話番号	携帯（ ） 携帯電話が無い方は自宅（ ）		

※太枠内は全てご記入ください。

※15歳未満お子様の場合、体重をご記入下さい。(k g)

1. 本日はどうなさいましたか？あてはまるものがあれば○をつけてください。
 - ・熱 (°C) ・鼻水、鼻づまり ・咳 ・たん ・喉の痛み
 - ・その他 ()
2. 症状はいつ頃からありますか。

日前 ・ 週前 ・ か月前 ・
3. インフルエンザ・covid-19 抗原検査の実施を希望されますか。
 - ・はい ・いいえ
4. お車で来院されますか？
 - ・はい 車色・NOを教えてください。(色 NO) ・いいえ ※特別室へご案内致します。
5. 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことがありますか。

なし ・ あり
6. 現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメントを含む）はありますか。※お薬手帳の提出でも可。

なし ・ あり ()
7. 喫煙、飲酒について教えてください。

喫煙： 吸わない ・ 吸う (本/日 × 年間)

禁煙した (年前から、それまで喫煙 (本/日 × 年間))

飲酒： 飲まない ・ 飲む (週 日) 種類・量 ()
8. 特別な薬などに対するアレルギー・ショックなどがありますか。 なし ・ あり ()
9. これまでこの症状のために他の病院や医院で診察をうけたことがありますか。 なし ・ あり
10. 女性の方へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、又は授乳中ですか。

いいえ ・ はい (・妊娠中 ・妊娠の可能性あり ・授乳中)
11. 当院をどちらでお知りになりましたか？ ・インターネット ・看板 ・知人 ・通りがかり ・その他