

# 成人・小児科発熱外来問診票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

1. 今までに罹った病気、治療中の病気を○で囲んでください

喫煙歴・慢性閉そく性肺疾患・心疾患・高血圧症・腎疾患（透析を含む）・脂質異常症  
悪性腫瘍・免疫不全・血液疾患・妊娠中・授乳中・糖尿病・喘息  
(その他 \_\_\_\_\_ )

2. 症状について

※発熱から時間が経過していないと検査結果に影響があります。

- ・37℃以上の発熱 (はい： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から最高体温 \_\_\_\_\_ °C ・いいえ)
- ・呼吸苦 (はい： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～・いいえ) ・咳 (はい： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～・いいえ)
- ・咽頭痛 (はい： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～・いいえ) ・痰 (はい： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～・いいえ)
- ・鼻水 (はい： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～・いいえ) ・下痢 (はい： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～・いいえ)
- ・関節痛 (はい： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～・いいえ) ・だるい (はい： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～・いいえ)
- ・食事摂取は可能 (はい・いいえ) ・水分摂取は可能 (はい・いいえ)
- ・その他の症状があればおしらせください ( \_\_\_\_\_ )

3. 今回の症状で病院に受診しましたか (はい・いいえ)

4. 上記症状改善のため薬を服用しましたか (はい：薬名 \_\_\_\_\_ ・なし)

5. アレルギーの有無 (あり： \_\_\_\_\_ ・なし)

6. 1か月以内の新型コロナウイルス罹患歴 (あり： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ ・なし)

7. 同居家族や職場・学校などに、直近2週間以内に新型コロナウイルス・インフルエンザと診断された人がいる ・はい (新型コロナウイルス・インフルエンザ) ・いいえ

8. 新型コロナワクチンを接種しましたか (はい： \_\_\_\_\_ 回 ・いいえ)

<以下は小児科受診の方のみ記載>

保育園・幼稚園

1. 集団生活の有無 (あり： \_\_\_\_\_ 保育園・幼稚園 小・中学校 \_\_\_\_\_ ・なし)

2. 身長 ( \_\_\_\_\_ cm) 体重 ( \_\_\_\_\_ kg)

3. 処方薬の種類希望 (粉 ・ シロップ ・ 錠剤 )

4. 解熱剤希望 (する： 粉 ・ 座薬 ・ 錠剤 / しない)