

①症状は、いつからですか？

から、

・該当の方はチェックを→
お願いします。

妊婦 授乳婦

どちらでもない

(カカデ)

ご氏名 _____ 様 才

②最近1~2日以内の発熱・熱感
(高熱)
あり なし

現在の
体温 _____ °C

④今回の症状で、お薬を服用しましたか？

×いいえ / ○はい

○はいの方→何を服用しましたか？

()内にチェックを↓お願いします。

(市販薬 風邪薬 解熱剤 痛み止め)

※他院処の方→お薬手帳又は情報を一緒にご提示ください。お薬手帳のない方は、すべて書いてください。↓

③ 今回受診の具体的な症状を、下記↓にチェックを入れてください。

風邪症状

- 熱がある
- 喉が痛い
- 鼻水
- 鼻づまり
- 咳
- 痰
- 頭痛
- 関節が痛い
- めまいがする
- 悪寒がする
- 倦怠感

お腹

- 腹痛
- お腹がはる
- 下痢
- 吐き気
- 嘔吐
- 食欲がない
- 胸やけ
- 血便が出た
- 便秘
- 胃痛
-

胸・からだ

- 胸痛
- 動悸
- 息切れがする
- 胸の圧迫感がある
- 顔や体のむくみが気になる
-
-

その他

- 更年期症状
- 膀胱炎
- トイレに近い
- 点滴希望
- プラセンタ希望
- 痛風発作
- 花粉症
-

③で、下痢や嘔吐の症状だった方↓

水分は摂れていますか？ (○はい/×いいえ)

点滴を希望されますか？ (○はい/×いいえ)

《備考欄》

他に相談したいことがあれば、こちらへご記入ください。

※保険証が変更になっていた場合、保険証のスキャンをさせていただきます。予めご了承くださいませようお願い申し上げます。

最近の熱ありと、お答えいただいた方へ、熱の問診票↓もご記入ください。

(カカデ)

ご氏名 _____ 様

①熱あり→発熱より、6時間以上経過していますか？

○はい / ×いいえ⇒

×いいえの方⇒最低でも、
6時間以上経過してから、
改めてご来院ください。

②○はい、とお答えいただいた方
熱は測りましたか？

③○測った方

③△測っていない方

④○具体的にその高熱はいつ測り、何度でしたか？

今日 / 昨日 / 一昨日 / それ以外()
午前 / 午後、何時 頃、何度 °C

④△具体的に熱が出てきたなあと感じた時間帯は？

今日 / 昨日 / 一昨日 / それ以外()
午前 / 午後、何時 頃から、熱を感じた。

⑤周囲(ご家族 職場 学校 塾 その他 ()などにインフルエンザなどの感染症の方はいましたか？
×いいえ / ○はい

→⑥○はいとお答えいただいた方→接触した方はどなたか、⑤の()内のにチェックをお願いします。

⑦また、病名は何ですか？()