

No. \_\_\_\_\_ **発熱・感染症外来 受診 に関する 問 診 票**

●受付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●お名前 \_\_\_\_\_ 歳 ●生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●診察券の番号： \_\_\_\_\_ または 初めての受診

↓↓

●健康保険証は  社会保険証（社保） ・  国民健康保険証（国保）

●現在の体温 \_\_\_\_\_ °C

●お子さんが 10 歳未満の場合：体重 \_\_\_\_\_ Kg

●【女性の方】：妊娠の可能性（有・無）または、妊娠 \_\_\_\_\_ 週 ●授乳（有・無）

●連絡先・ 自宅（ \_\_\_\_\_ ） ・  携帯（ \_\_\_\_\_ ）

●交通手段・ 車：車種（ \_\_\_\_\_ ）色（ \_\_\_\_\_ ）ナンバー（ \_\_\_\_\_ ）

・  徒歩 \_\_\_\_\_ ・  自転車 \_\_\_\_\_ ●所要時間 \_\_\_\_\_ 分

**A：症状事項**

●現在の症状：具体的にご記入ください。症状はいつからありますか（発症）： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- |                                      |                               |                                  |                                |
|--------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 37.5°C以上の発熱 | <input type="checkbox"/> 頭痛   | <input type="checkbox"/> 鼻水      | <input type="checkbox"/> 吐き気   |
| <input type="checkbox"/> 咳（持続的・断続的）  | <input type="checkbox"/> 関節痛  | <input type="checkbox"/> 下痢      | <input type="checkbox"/> 嘔吐    |
| <input type="checkbox"/> 倦怠感（体のだるさ）  | <input type="checkbox"/> 喉の痛み | <input type="checkbox"/> 水分が取れない | <input type="checkbox"/> 食欲がない |
| <input type="checkbox"/> その他         |                               |                                  |                                |

[ \_\_\_\_\_ ]

● 1 週間以内に 37.5°C以上の発熱は？ ・  あり \_\_\_\_\_ 度 \_\_\_\_\_ 分 ・  無し

**B：環境事項**

1 週間周囲以内に 周囲で流行している感染症はありましたか？

・ いいえ      ・ はい →（病名： \_\_\_\_\_ ）

→（場所： \_\_\_\_\_ ）