発熱・感染 問 診 票

カルテNo.		ご記入日	令和　　年　　月　　日	
フリガナ			職業	
氏 名			職場の所在地	
			職場への移動方法	
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　歳		自宅TEL 携帯TEL	
住 所				
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL	

1. 受診目的

・発熱	□あり(　　℃:　月　日から)	□ なし
・咳	□あり(　月　日から)	□ なし
・痰	□あり(　月　日から)	□ なし
・息苦しさ	□あり(　月　日から)	□ なし
・倦怠感	□あり(　月　日から)	□ なし
・咽頭痛	□あり(　月　日から)	□ なし
・下痢	□あり(　月　日から)	□ なし
・吐き気	□あり(　月　日から)	□ なし
・頭痛	□あり(　月　日から)	□ なし
・筋肉痛・節々の痛み	□あり(　月　日から)	□ なし
・発疹	□あり(　月　日から)	□ なし
・食事とれるか	□ いいえ(　月　日から)	□ はい
・その他	(　　)	

2. 流行地域/集団感染リスク(2週間以内)

・国内、国外へ移動　　□ なし
(地域:　　)　　期間(　月　日 ～　月　日)

・流行地域への移動と人への接触　　□ なし
(　　)　　期間(　月　日 ～　月　日)

・家族や職場で発熱者　□ なし　　□ あり(関係:　　)

3.現在、治療中の病気はありますか？(服用されているお薬も記入して下さい。)

4. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ　・　はい　(薬:　　)
(食物:　　)

5. 喫煙はされますか？　はい (1日　本×　年) ・ いいえ

6. 妊娠の可能性はありますか？　はい ・ いいえ

現在授乳中ですか？　はい ・ いいえ

7.保健所への連絡　□ あり　□なし

症状や状況により保健所へ連絡いただくこともあります。

医療法人社団東洋会　田原坂クリニック
TEL 096-272-5487