

市立病院前 老年内科メモリークリニック 問診票 (発熱外来用)

令和 年 月 日

診察前にお尋ね致します。お分かりになる範囲でご記入下さい。

※ご自分でご記入出来ない方は看護師にお申し出下さい。

ふりがな 氏名
〒 住所
生年月日：明・大・昭・平・令 年 月 日
年齢： 歳 性別：男・女・その他
日中ご連絡が可能な電話番号：

下記の1～12の質問に当てはまるものにチェックをつけて下さい。

**1.熱はいつからありますか？**

ない

今日から ( 時頃から)  \_\_\_\_日前から (最高\_\_\_\_℃)

**2.下記に該当する症状はありますか？当てはまるものすべてをチェックして下さい。**

該当する症状なし

鼻水 喉の痛み 咳 吐き気 筋肉痛 下痢 腹痛 倦怠感 息苦しさ

息切れ 味覚異常 食欲不振・低下 めまい ふらつき

**3.その他に気になる症状はありますか？**

ない

ある

**4.最近、人の多い場所に行きましたか？**

ない

ある：いつ、どこへ ( )

※裏面もありますので、ご記入をお願い致します

**5.最近、道外へ行きましたか？**

ない ある：いつ、どこへ（ ）

**6.14日以内に感染者と接触しましたか？**

ない ある：いつ、どこで（ ）

**7.現在、治療中の病気はありますか？**

なし ある（病名： ）

**8.内服中の薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方はお見せ頂ければ記載不要です。**

ない ある（薬品名： ）

病院名：

**9.薬・食べ物・その他でアレルギーはありますか？**

ない

ある 薬（例：抗生物質等）：

食べ物：

その他（例：喘息・アレルギー性鼻炎など）：

**10.日常生活についてお尋ねします。**

お酒：飲まない 飲む（ ）合位/日） 以前は飲んでいた

タバコ：吸わない 吸う（ ）本/日） 以前は吸っていた

**11.女性の方にお尋ね致します。**

妊娠していますか？ はい いいえ わからない

授乳していますか？ はい いいえ

**12.当院をどこ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：

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。