

# 発熱外来初診問診表

～下記の項目について記入、または○で囲んでください～

記入日：令和 年 月 日

ふりがな			
お名前	男・女	生年月日 T・S・H・R	年 月 日 歳
ご住所	〒		
電話番号	— —	来院時体温	℃

携帯電話優先でお願いします

- 1) いつから症状が発症しましたか？ ( 月 日)
- 2) 現在ある症状に○をつけてください (咳・鼻水・倦怠感・のどの痛み・下痢・関節痛)
- 3) 上記以外の症状がある場合は記入してください ( )
- 4) コロナワクチン接種回数に○をつけてください (0回・1回・2回・3回・4回)
- 5) 周囲にコロナ陽性の方がいましたら記入してください ( )
- 6) 過去に指摘された病気 (既往歴) はありますか？それは、何歳頃ですか？  
( )
- 7) 現在治療中の病気はありますか？  
( )
- 8) 手術をされたことはありますか？はい (手術名 ) ・ いいえ
- 9) 現在、服薬中の薬はありますか？ \* スタッフにお薬手帳の提出をお願いします  
※お薬手帳を提出された場合は、記入不要です  
はい (お薬名 ) ・ いいえ
- 10) 今までにアレルギーを起こしたことはありますか？  
はい ( ) ・ いいえ

9) 女性の方のみお答えください。 妊娠中 ・ 授乳中

野中内科ハートクリニック

～以下の記載は不要です～

スタッフメモ

いつから： どのような症状：

名前： TEL：

来院方法：独歩・2輪車・車 (車種： NO )