

発熱外来問診票

20 年 月 日 車種 色 ナンバー
 ふりがな ポケベル No →部屋 →車・携帯
 名前 年齢 歳 性別 男・女 体重 kg
 生年月日 T/S/H / / 郵便番号 -
 住所 電話(携帯) - -
 ()保育園/幼稚園/小/中/高校/大学/専門 年 組

職場名 () 既往症：□喘息・□熱性けいれん
 アレルギー なし・あり () 飲めない剤型：□錠剤□粉剤□液剤
 症状が出たのはいつですか？ 月 日 時から
 熱は最高何度出ましたか？ 度 来院時の体温 度

	月 日 時~	3日前(/)	2日前(/)	1日前(/)	今日 時~
発熱					
頭痛					
咽頭痛					
鼻汁					
咳					
痰					
嘔気					
嘔吐					
下痢					
腹痛					
だるさ					
息切れ					
関節痛					
筋肉痛					
発疹					
食事とれない					

- 外国に行っていた。 渡航日 月 日 帰国日 月 日
- 野山に行っていた。 行った日 月 日 インフルエンザワクチン接種済
- 動物・虫にさされた。 刺された日 月 日
- 温泉・24時間風呂にいった。 行った日 月 日
- 学校・職場・家族内に風邪の人がいた。 その人はインフルエンザだった。
- 現在治療中の病気がある。()
- 常用薬がある。()
- 同居家族 人(構成) 妊娠している 授乳している
- 医師が必要と認めた場合：インフルエンザ検査を 希望する・希望しない

医師記入欄

意識清明・混濁 咽頭発赤(+/-) 扁桃腫大(+/-) 白苔附着(+/-) 瞼結膜充血(+/-) 胸部ラ音(+/-)
 腹部：圧痛(+/-) 反跳痛(+/-) 筋性防御(+/-) 項部硬直(+/-) jolt accentuation(+/-)
 SpO2:()% PR /min BP / インフルエンザ検査結果： +・- (イムノ・ドライ)

365日診療しています インターパーク倉持呼吸器ペインクリニック内科