

問 診 票

発熱患者用

医療法人社団 札幌南内科クリニック

記入日 年 月 日

自動車ナンバー ()

フリガナ お名前	男・女	生年月日	年	月	日	歳
〒 - ご住所		電話番号 () -	携帯電話 - -			

身長: cm 体重: kg

1. 今の症状を教えてください。

・症状に○をつけてください。特に強い症状には下線を引いてください。

せき たん 鼻水 のどの痛み 頭痛 関節痛 だるさ
息苦しさ 下痢 腹痛 吐き気 その他()

・熱 °C (最高 °C)

・いつからの症状ですか? 月 日 時頃から

・周囲に同じような症状の方はいますか? いない・いる

2. 現在治療中のご病気はありますか?

ない・ある (病名:)

3. 現在服薬中の薬はありますか? (お薬手帳をお持ちの方は記入不要です)

ない・ある (薬名:)

4. 今までに大きな病気にかかったことはありますか?

ない・ある (病名:)

5. ご家族の方でご病気の方はいますか?

いない・いる (ご関係・病名:)

6. 今までに内服薬や注射薬でアレルギー症状が出たことはありますか?

ない・ある (薬名・症状:)

7. タバコは吸いますか? 吸わない・やめた・吸う (歳から 1日 本)

お酒は飲みますか? 飲まない・飲む (週 回程度 1回の量)