

医療法人 菅原内科医院 発熱外来用 問診票

フリガナ	
氏名	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日
住所	〒
TEL	※ 必ずご記入下さい

◆ コロナ感染が疑われる国や県への往来はありましたか？  
いいえ ・ はい

◆ コロナ陽性が疑われる方との接触はありましたか？  
いいえ ・ はい (感染者の続柄: )

◆ 発熱についてご記入ください。

現在の熱は何度ですか ( °C)

一番高い時で何度でしたか ( °C) いつですか ( 月 日 時)

一番最初に発熱したのはいつですか ( 月 日 時)

◆ 症状に丸を付けてください。⇒ 鼻汁 ・ 鼻づまり ・ 呼吸が苦しい ・ 喉の痛み ・ 咳 ・ 痰  
味覚異常 ・ 嗅覚異常 ・ 頭痛 ・ きつい ・ 関節痛  
お腹が痛い ・ 胃痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 悪寒

◆ 今回のことで他院で処方された薬はありますか？  
はい ・ いいえ

◆ 薬でアレルギー症状が出たことがあればご記入ください。  
薬名 ・ 症状など (

◆ その他、何か気になる症状があればこちらにご記入下さい。

◎ 女性のみ

・ 授乳中 ・ 妊娠中 (可能性がある方も含む)

