資格確認のお知らせ（マイナのみ）
従来の保険証・現金の対応

ひいらぎ耳鼻咽喉科　　発熱外来　問診票

フリガナ		生年月日
お名前	（性別　　男　　女 ）	明治・大正 ・昭和・平成・令和 年　　月　　日　　歳
電話番号	－　　－	体重（必ずご記入ください）　　ｋｇ
ご住所	〒　　― 車ナンバー　　色	

コロナ、インフルエンザの検査を希望されますか？　　□はい　　□いいえ

1,発熱はいつからですか？	□今日	□昨日	□一昨日	□それより以前	
最高は何度ですか？	℃　いつ？				
症状のあるものにチェックをしてください					
咳	□少し	□ひどい	□痰がらみ	□乾いた咳	
鼻汁	□少し	□ひどい	□透明	□黄色	□緑色
咽頭痛	□少し	□ひどい	□水分もとれない		
痰	□透明	□黄色			
呼吸	□息苦しい	□ゼーゼー			
その他					
倦怠感	□軽度	□重度			
関節痛	□あり				
頭痛	□あり				
下痢	□1～5 回/日	□5～10 回/日	□10 回以上		
嘔吐	□1～5 回/日	□5～10 回/日	□10 回以上		

2、治療中の病気　　□なし
□高血圧　□糖尿病　□喘息　□心臓病　□腎臓病　□胃潰瘍　□脳疾患　□抗がん剤使用中
□がん治療後　□その他　（　　）
3、これまでに身体に合わなかったお薬はありますか？　□なし　□あり
（薬剤名　　症状　　）
4、周囲に同じ症状の方はいますか？　□なし　□あり
5、女性の方へお聞きします。現在妊娠中または授乳中ですか？　いいえ　／　妊娠中　／　授乳中
6、12 歳以下の方へ　飲める剤型を教えてください。　錠剤　粉薬　ドライシロップ　シロップ

ご協力ありがとうございました。