**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 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 歳 |
| お名前 |
| 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**　　　　　℃ (最高　　　　℃)

**・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 )