

予約	番	AM・PM	時	分
----	---	-------	---	---

**発熱外来問診票** (いとう小児科クリニック)

氏名 ( 歳 か月) (男・女)

体重 kg 現在の体温 °C

携帯番号 診察券番号

1. 発熱はいつからですか？ また体温の経過 (1日の最高体温) を下に書いて下さい。 (例: 月 日 °C)

2. 発熱以外の症状

咳 喉の痛み ゼイゼイする 呼吸困難 胸痛 鼻みず

吐き気・嘔吐 下痢 腹痛 頭痛 倦怠感 けいれん

その他の症状

3. 周囲に発熱している方はいますか？ いれば下に書いてください。

4. 発熱してからの他の医療機関の受診？ あれば下に書いて下さい。

5. ふだん治療中の病気はありますか？ あれば下に書いて下さい。

6. アレルギーはありますか？ あれば下に書いて下さい。

7. その他伝えたい事・聞きたい事はありますか？