

# 問診票（かぜ・発熱）



おおくぼ総合内科クリニック

OHKUBO MEDICAL CLINIC of general internal medicine

20241015 T.OHKUBO

再診の方はお名前のみで結構です。

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
氏名		性別・年齢	男	・	女	歳
住所	〒					
電話番号	自宅	:	( )	携帯	:	- -

希望に沿った診療を行うためです。お手数ですが、該当する□に☑をお願いいたします。

受診5日以内に身内に	<input type="checkbox"/> インフルエンザ 又は コロナ感染者がいる	来院時体温 ( )℃ 小学生以下の方は体重も教えてください 体重 ( ) kg
	<input type="checkbox"/> 胃腸炎がでている	
受診7日以内に	… <input type="checkbox"/> 37度を超える発熱ある <input type="checkbox"/> 明らかな倦怠感ある	

症状 … 発症日 ☑ ( ) から ■ ( ) から [二段階に発症した場合は■で記載追加]

発熱 最高 ( )℃  頭痛  だるさ  関節・筋肉の痛み

咳 (  夜～朝方に咳き込む )  鼻水  鼻づまり  のどが痛い  声が出ない

食欲がない  はきけ～嘔吐  おなかの痛み  下痢  発疹

胸の痛み  息苦しさ

その他 { }

現在飲んでいる薬～来院までに他でもらった薬	薬のなまえ
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	

検査の希望  不要  希望  相談して決めたい

処方希望する薬	<input type="checkbox"/> 総合感冒薬	具体的に処方してほしい薬
	<input type="checkbox"/> 咳止め	
	<input type="checkbox"/> 鼻水止め	処方をさけてほしい薬 <input type="checkbox"/> 粉薬
	<input type="checkbox"/> 熱さまし・痛み止め	
	<input type="checkbox"/> 痰をやすくする薬	
	<input type="checkbox"/> 抗生剤	
	<input type="checkbox"/> インフルエンザの薬	
	<input type="checkbox"/> 喘息の薬	

以前風邪薬で眠気がでた

インフルエンザ薬を過去に使ったことがある … なまえ ( )

かぜ 狭い意味での「かぜ」とはウイルスによる上気道の感染です。ウイルスは気道で増殖し、鼻水、咳、のどの痛みなどを生じ、さらに全身に散布され、発熱、倦怠感、頭痛、関節・筋肉痛などの症状を起こします。鼻水と全身の倦怠感の2つが「かぜ」を疑う重要な徴候です。

以下は初診の方のみご記載ください。

治療中の病気	病名 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 不整脈
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	その他 { }
過去にかかった大きな病気	病名 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気胸
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	その他 { }
薬・食べ物アレルギー	該当する薬や食べ物のなまえ
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	{ }
喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> やめた ( ) まで ( ) 本/日 x ( ) 年間	
飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> やめた ( ) まで 週 ( ) 日 種類・量 ( )	
妊娠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ( ) カ月 授乳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ( ) 歳 カ月	
来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 1 近隣・知人のご紹介 <input type="checkbox"/> 6 電話帳広告を見て <input type="checkbox"/> 2 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 7 新聞広告の折り込みチラシを見て <input type="checkbox"/> 3 通りがかり <input type="checkbox"/> 8 ホームページを見て <input type="checkbox"/> 4 バスの広告を見て <input type="checkbox"/> 9 情報誌を見て <input type="checkbox"/> 5 電柱広告を見て <input type="checkbox"/> 0 その他 ( )

\* ご協力ありがとうございました。