



内科・脳神経外科オリーブ 問診票

発熱・風邪症状用

以下にご記入ください。複数回答でも構いません。□をチェックし空欄を埋めて下さい。詳しくご記入いただくと診察の大きな支援となります。よろしく願いいたします。

Table with patient information: フリガナ, 生年月日, お名前, ご住所, ご勤務先 (学校名), 電話, 携帯, ID

【当院での検温】

1.今日は、どうされましたか？（複数回答できます） _____ °C

- 熱がある □のどが痛い □頭が痛い □咳が出る □痰が絡む □息苦しい
□鼻水が出る □くしゃみが出る □お腹が痛い □下痢をしている □体の関節が痛い
□その他（具体的に： _____）

2.それ等の症状はいつ頃からですか？（ _____ 日前 _____ 時頃から）
特に、熱のある方は何日前の何時頃からですか？（ _____ 日前 _____ 時頃から）

3.今まで大きな病気やケガ、現在内服や治療中の病気はありますか？ □ある □ない
（ある方は 具体的に： _____）

4.薬や食物、その他のアレルギーはお持ちですか？ □ある □ない
（ある方は 具体的に： _____）

5.一ヶ月以内に海外に行かれたことがありますか？ □ある □ない
（ある方は どちらの国ですか？： _____）

6.タバコは吸いますか？ □吸う □吸わない □前は吸っていたが止めた
（吸われる方は 1日何本ですか？：約 _____ 本/日 何年吸っていますか？約 _____ 年間）

7.お酒は飲みますか？ □飲む □飲まない
（飲む方の頻度はどれくらいですか？ □毎日 □週に4-5回 □週に2-3回 □週に1回

8 女性の方へ 妊娠している可能性はありますか？ □ある □ない

※ アンケートにご協力ください。当院をどちらでお知りになりましたか？
□インターネット・HP □知人・家族 □チラシ □他院の紹介 □通りがかり
□住まい・職場・学校が近い □その他 _____