

持続する発熱用問診票 平成 年 月 日【BP/HR: (整・不整)、RR 】

お名前: (男・女) (満 歳) 身長: cm、体重: kg

1、どんな症状がいつ頃からありますか? 【現在ある症状を○で囲んで下さい】

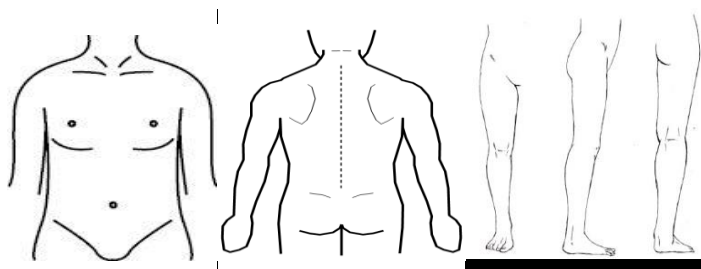
(間欠性・持続性)発熱【 時頃 度】・頭痛・頸部痛・関節痛(場所:)・咽頭痛

鼻症状・咳・痰(色:)・呼吸苦・リンパ節腫脹(場所:)・だるさ・皮疹・虫刺され

腹部症状・腰痛・心窩部痛・筋痛・胸痛・体重減少・寝汗・食欲低下・虫歯・しこり

その他() いつ頃から() 渡航歴(無・有:) 点滴希望(無・有: 先に・後で)

歯科治療歴(無・有) ペット飼育(無・有:) 周囲に同様な症状の方は?(無・有)



←気になる所に印をつけ自由に書いて下さい

2、他院を受診あるいは他院で治療を受けたり、現在/これまでに指摘/治療を受けている病気

はありますか? (ない・ある: 心臓病・高血圧・高脂血症・糖尿病・腎臓病・呼吸器疾患・

脳疾患・胃/十二指腸/胆嚢/膵/大腸疾患・前立腺肥大・肝臓病・緑内障・癌・カテーテル治療・

ペースメーカー・手術: 、その他: 、いつ頃から:)

3、服用中の薬はありますか? (ない・ある: 市販薬/その他:)

4、薬、造影剤、食べ物でアレルギーはありますか? (ない・ある:)

5、御家族で心臓(狭心症/心筋梗塞/不整脈/突然死/弁膜症)、糖尿病、高脂血症、高血圧、

腎臓病、脳梗塞、癌にかかった方はいますか? (いない・いる:)

6、タバコについて(吸わない・吸う: 本× 年、止めた: 本、 年前まで)

7、アルコールはどれくらい飲みますか? (ない・毎日・たまに、どれくらい:)

8、女性の場合、現在妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか? (はい・いいえ)

9、尿検査できますか? (できる・したくない・できない: 生理中・来院前にしてきた)