

内科電話診察初診問診票

受付番号 _____

当院又は湘南鎌倉総合病院の受診歴はありますか？ はい ・ いいえ

体温： _____ °C 年齢： _____ 歳 性別 男 ・ 女

本日は主にどういった症状がありますか？

該当する症状の□にチェックまたは○で囲んでください。

- | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|------------|------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | / | ~ | °C | <input type="checkbox"/> 吐き気 | |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 | / | ~ | | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | / ~ 回 |
| <input type="checkbox"/> 咳 | / | | | <input type="checkbox"/> 下痢 | / ~ 回 |
| <input type="checkbox"/> 痰 | / | ~ | (色調：白・黄・緑) | | (血便：あり ・ なし) |
| <input type="checkbox"/> 喉の痛み | / | ~ | | <input type="checkbox"/> 便秘 | / ~ |
| <input type="checkbox"/> その他 | (| | |) | |

《発熱のある方のみ記載》

◇ご家族や学校・職場で具合の悪い方や流行っている病気はありますか？ はい ・ いいえ

『はい』とお答えの方は具体的に教えてください。

()

経過 {症状が現れてからの経過をご記入ください}

