

年 月 日

# 発熱外来問診票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 (  男性  女性 ) 生年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号(携帯) \_\_\_\_\_ (自宅) \_\_\_\_\_

(未成年の方のみ: 保護者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_)

来院時体温 \_\_\_\_\_ °C 解熱剤服用  あり  なし 職業 \_\_\_\_\_

1 本日はどのような症状で来院されましたか？

- 発熱  咳  息苦しい  頭痛  
 倦怠感  吐き気/嘔吐  下痢  味覚・嗅覚の違和感  
 その他 (症状について具体的にご記入ください。)

{ \_\_\_\_\_ }

2 その症状はいつ頃からですか？

{ \_\_\_\_\_ }

3 2週間以内の渡航歴・接触歴について

・あなた又は同居家族が濃厚接触者と一緒にいたことがありますか？

ない  ある

・人が集まるような場所 (ジム、ライブハウス、会食等) に行きましたか？

ない  ある

・他県、海外へ行きましたか？

ない  ある (地名: \_\_\_\_\_)

4 新型コロナウイルスワクチンは接種されましたか？

ない  ある (1回目: R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

ない  ある (2回目: R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

※あると答えた方: ワクチン製造会社

ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他 ( \_\_\_\_\_ ) ・不明

5 今までに大きな病気で治療を受けたことがありますか？

ない

ある (以下、該当するものを○で囲んでください。)

悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患 慢性腎臓病 高血圧症 糖尿病 脂質異常症 肥満(BMI30以上)

その他 ( \_\_\_\_\_ )

6 現在飲んでいるお薬はありますか？

ない  ある  お薬手帳持参 ※お薬手帳お持ちの方は、診察室にてご提示をお願いいたします。

7 タバコ: 吸わない・吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本、合計 \_\_\_\_\_ 年間)・以前吸っていた (1日 \_\_\_\_\_ 本、合計 \_\_\_\_\_ 年間)

8 女性の方のみ記入してください。

妊娠はしていますか？  している ( \_\_\_\_\_ カ月)  していない  可能性がある