

発熱外来問診票

(ID: _____)

申込日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診者	フリガナ		(旧姓)				
	氏名			男・女	大・昭・平・令	年 月 日生	
			(受診歴) 有・無			歳	ヵ月
	現住所	〒 _____ - _____ _____					大字、字、丁目、番地、マンション名等も正確にご記入下さい。
	電話	自宅	_____ - _____ - _____	携帯	_____ - _____ - _____		
本人以外連絡先	氏名	_____	続柄	_____	連絡先	_____ - _____ - _____	
職業	_____	車	車種(_____)	色(_____)	ナンバー(_____)		

ご自宅で測定された体温 _____ °C 来院時の体温 _____ °C 体重 _____ kg

※発熱状況(直近2日間)

2日前 _____ °C 1日前 _____ °C

※通学・通勤先

◎まわりに新型コロナウイルス感染症陽性の方はいましたか？ (はい・いいえ)

◎新型コロナウイルスワクチン接種はしましたか？ (はい・いいえ)

「はい」の方 接種回数 _____ 回

最終ワクチン接種年月日 (_____ / _____) 製剤会社名(_____)

◎最近(1週間内)、コロナの検査をしましたか？ (はい・いいえ) ※「はい」の方は記入してください。

医療機関名(_____) 検査日(_____ / _____) 検査項目(PCR・抗原) 結果(_____)

◎現在の症状 症状が出たのはいつ頃からですか？ (_____) 日前から

発熱 咳 全身倦怠感 頭痛 嘔気/嘔吐

下痢 結膜炎 嗅覚・味覚障害 のどの痛み

※解熱剤・市販薬使用 有り 無し 薬品名(_____)

◎基礎疾患の有無

糖尿病 高血圧 脂質異常症(高コレステロール血症) 脳血管疾患

呼吸器疾患(喘息等) 臓器移植後(腎移植等) 抗がん剤の使用 透析治療中 その他

◎お薬や食べ物、その他アレルギー疾患はありますか？

ある なし ※「ある」の方は、具体的に記入してください。

◎女性の方のみ ご質問です。

◎現在妊娠している可能性はありますか？

ある なし

◎授乳中ですか？

はい いいえ