

# 発熱外来問診票

受付日 令和 年 月 日

ふりがな			男性 ・ 女性
お名前			
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日生 ( 歳)		
ご住所	〒 -		
電話番号	ご自宅	- -	体温 °C
	携帯電話	- -	酸素飽和度 %

次の質問にお答えください。

1. 当てはまる症状に ○ をつけて下さい。  
 当てはまる項目について、いつ頃からか記入して下さい。

	チェック	いつから		チェック	いつから		チェック	いつから
発熱			頭痛			腹痛		
のどの痛み			倦怠感			下痢		
咳			関節痛			吐気		
たん			悪寒			嘔吐		
鼻水			味覚障害			嗅覚障害		
その他								

2. 新型コロナウイルス感染症と診断されたもしくは疑われる人との接触はありましたか？  
いいえ はい ( 接触日 月 日 )

3. 今までにかかった病気や治療中の病気があれば□にチェックして下さい。

- |                                  |                               |                                |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病     | <input type="checkbox"/> 高血圧  | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患   | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> 脳疾患   |
| <input type="checkbox"/> 腎臓疾患    | <input type="checkbox"/> 肝疾患  | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                               |                                |

4. 現在服用されているお薬がある方は御記入ください。  
 ※お薬手帳お持ちの方はご提示ください。  
 ( )

5. 薬、食べ物などでアレルギーがある方は御記入ください。  
 ( )

6. 小児の方  
 体重は何kgですか？ ( kg)

7. 女性の方  
 現在妊娠または授乳中ですか？ ( 妊娠中 ・ 授乳中 ・ いいえ )

8. コロナワクチンについて  
 最終接種日 ( 回目 年 月 日 )  
ファイザー モデルナ 未接種

9. 喫煙歴  
有り 無し

この情報は診療以外の目的では使用いたしません。  
 師勝クリニック