

# 発熱外来問診票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳  
住所 \_\_\_\_\_ 携帯番号( \_\_\_\_\_ )  
保護者又は付き添い者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

1. 以下用件に該当することを把握している場合、該当箇所を○で囲んで下さい  
喫煙歴・慢性閉そく性肺疾患・心疾患・高血圧症・腎疾患（透析を含む）・脂質異常症  
悪性腫瘍・免疫不全・血液疾患・妊娠中・糖尿病・当てはまる疾患無し

2. コロナ検査を市販やPCRセンターで受けていますか

・はい (検査日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 陽性 陰性) \_\_\_\_\_ ・いいえ \_\_\_\_\_

3. 現在の症状について

※発熱から時間の経過していないと検査結果に影響があります。

- ・37℃以上の発熱 (はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 最高体温 \_\_\_\_\_ ℃
- ・呼吸が苦しい (はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から
- ・咳がでる (はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から
- ・のどが痛い (はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から
- ・嗅覚・味覚がおかしい (はい・いいえ) \_\_\_\_\_
- ・鼻水が出る (はい・いいえ) \_\_\_\_\_
- ・下痢をしている (はい・いいえ) \_\_\_\_\_
- ・関節痛がある (はい・いいえ) \_\_\_\_\_
- ・体がだるい (はい・いいえ) \_\_\_\_\_
- ・食事摂取は可能 (はい・いいえ) \_\_\_\_\_
- ・水分摂取は可能 (はい・いいえ) \_\_\_\_\_
- ・その他の症状があればおしらせください ( \_\_\_\_\_ )
- ・同居のご家族や職場などで同様の症状の方はいますか (はい・いいえ) \_\_\_\_\_

市販薬服用 (あり ・ なし)

今回の件での受診歴

4. アレルギーの有無 (あり: \_\_\_\_\_ ・なし)

タバコは吸いますか (はい: \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ ・なし)

今までに罹った病気・治療中の病気 (あり: \_\_\_\_\_ ・なし)

新型コロナウイルスの罹患歴 (あり: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日・なし)

インフルエンザの罹患歴 (あり: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日・なし)

5. 同居のご家族や職場・学校などに、直近2週間以内に新型コロナウイルス・インフルエンザと診断された人はいますか

・はい → ( 新型コロナウイルス ・ インフルエンザ )

・いいえ

6. 新型コロナワクチンを接種しましたか (はい・いいえ)

接種回数: \_\_\_\_\_ 回 最終接種日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

7. 来院手段 自家用車・電車・徒歩・自転車・その他( \_\_\_\_\_ )

(職員記入)

17 診 耳 / Spo2 % / KT 度/ X-P (95%以下) 抗原キットの持参 ( 有・無 )

診察券の有無 □ 無