

発熱外来 問診票

受診日：R 年 月 日

新型コロナウイルスの感染拡大を防ぐ為、問診票のご記入をお願いしております。
ご理解、ご協力の程宜しくお願いいたします。

当院受診歴	あり ・ なし	性別	生年月日	年齢
ふりがな		男 ・ 女	M T S H R	歳
氏名			年 月 日	
保護者氏名		体温	度	
住所	〒 -			
連絡先	自宅 携帯			

以下の質問にお答え下さい。

症状	1	熱はいつからありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 本日から <input type="checkbox"/> / から (最高 度)
	2	下記に該当する症状がありますか？該当する症状をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 該当する症状なし <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 食欲不振・低下 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき		
	3	その他気になる症状はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()
接触	4	最近海外に行かれましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (場所：)
	5	最近他県へ行かれましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (場所：)
	6	14日以内に感染者と接触しましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
基本情報	7	現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> その他 ()
	8	現在内服中のお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 薬の名前 () お薬手帳をお持ちの方はご提示
	9	過去に大きな病気や手術の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()
	10	喫煙歴はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	11	女性の方：妊娠中もしくは授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 / <input type="checkbox"/> 授乳中)
その他	13	新型コロナワクチン接種は？ <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> した	<input type="checkbox"/> 1回目接種日：西暦 年 月 日 (ファイザー・モデルナ) <input type="checkbox"/> 2回目接種日：西暦 年 月 日 (ファイザー・モデルナ) <input type="checkbox"/> 3回目接種日：西暦 年 月 日 (ファイザー・モデルナ) <input type="checkbox"/> 4回目接種日：西暦 年 月 日 (ファイザー・モデルナ)	
	14	その他		