

発熱外来問診票

フリガナ	カルテ番号：	再・初
氏名：	生年月日：T・S・H・R 年 月 日 歳	
住所：	↓必ず連絡のつく電話番号をお書きください。 Tel：	
(職業：	※任意)	

あなたの症状を教えてください。

1. 熱はありますか？ (ありましたか？)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (あった) () 日前から最高 () 度 現在 () 度
2. その他の症状はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 咳・鼻汁・痰 () 日前から <input type="checkbox"/> 強いだるさ (全身倦怠感) () 日前から <input type="checkbox"/> 息苦しさ (呼吸苦) () 日前から <input type="checkbox"/> 頭痛 () 日前から <input type="checkbox"/> 嘔気/嘔吐 () 日前から <input type="checkbox"/> 下痢 () 日前から <input type="checkbox"/> 臭い・味がしない (嗅覚・味覚異常) () 日前から <input type="checkbox"/> その他の症状 ()
3. 解熱鎮痛剤を使用しましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()
4. こちらへ来る前に保健所へ 相談しましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい それはいつですか？ () 年 月 日)

ここ最近のあなたの行動について教えてください。

5. コロナウイルス感染者またはその 家族と接触したことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい それはいつですか？ () 年 月 日) どこで接触しましたか？ ()
6. コロナウイルス感染者が発生した施設 を利用したことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい それはいつですか？ () 年 月 日) どの施設ですか？ ()
7. 2週間以内に海外へ渡航したことが ありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい それはいつですか？ () 年 月 日) 国名および地域 ()

あなたの今の状態を教えてください。

8. 基礎疾患がありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI30以上) <input type="checkbox"/> その他 ()
9. タバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸う・過去に吸っていた
10. アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
11. 新型コロナワクチン接種は受け ましたか？	<input type="checkbox"/> はい 1回目 () 年 月 日)	<input type="checkbox"/> いいえ 2回目 () 年 月 日)
12. 体重 (子供の場合)：	kg	

受診に際しての確認

13. 医師が必要と判断した場合、新型コロナウイルス検査を希望しますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14. 新型コロナウイルス検査の結果が陽性の場合、保健所等への連絡が行われることを理解・同意しますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
氏名 (署名)	署名日： 年 月 日	
(代筆者)	(続柄：)	
※医院記入欄	電話受付日時： 2021 年 月 日	時 分
	来院予約日時： 2021 年 月 日	時 分

