

発熱外来問診票

フリガナ	カルテ番号：	再・初
氏名：	生年月日：西暦の記入をお願いいたします 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"/> 咽頭痛 (のどの痛み) () 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 どこの施設ですか？ ()
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	<input type="checkbox"/> いいえ
	1回目 () 年 () 月 () 日	ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
	2回目 () 年 () 月 () 日	ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
	3回目 () 年 () 月 () 日	ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
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： 2022 年 () 月 () 日 () 時 () 分	
	来院予約日時： 2022 年 () 月 () 日 () 時 () 分	

