

# 発熱外来問診票

フリガナ	再・初
氏名：	生年月日：T・S・H・R 年 月 日 歳
※必ず連絡のつく電話番号をご記入ください	
電話番号：	

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"/> のどの痛み (咽頭痛) ( ) 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. 基礎疾患はありますか？	<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 ( )
4. アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( )
5. 体重 (子供の場合) :		kg	

**※医師記入欄**

胸部所見：  異常なし     異常あり ( )

咽頭発赤：  なし     あり      SpO2： ( ) %

インフルエンザ検査：     陰性     陽性     未施行

COVID-19 抗原検査：     陰性     陽性     未施行

COVID-19 核酸検査：     陰性     陽性     未施行