

発熱外来問診票

(フリガナ)

氏名：

男・女 年齢 才
生年月日(西暦) 年 月 日生

〒
住所：

電話番号：(携帯)

国籍：

身長 _____ cm

体重 _____ kg

体温 _____ °C

1. 症状 (いつから 頃)
発熱 頭痛 関節痛 胸痛 ノドの痛み 鼻汁 鼻閉 咳 痰 吐き気
嘔吐 腹痛 下痢 味覚障害 嗅覚障害 だるさ
その他 ()
2. 直近1週間以内での海外渡航歴はありますか なし・あり
渡航地；
3. 直近1週間以内に同居のご家族以外の人との会食等ありましたか なし・あり
場所； 市内・県内・県外 ()
4. 周囲に新型コロナに感染している人はいましたか なし・あり・濃厚接触者に該当している
5. 新型コロナワクチン接種歴 なし・あり
1回目；ファイザー社製・モデルナ社製・アストラゼネカ社製 接種日； 年 月 日
2回目；ファイザー社製・モデルナ社製・アストラゼネカ社製 接種日； 年 月 日
3回目；ファイザー社製・モデルナ社製 接種日； 年 月 日
6. 現在治療中の病気はありますか なし・あり
糖尿病 高血圧症 その他：()
7. 現在服薬中の薬
なし・あり 薬剤名；
8. 病気やケガの治療・手術での入院経験はありますか
なし・あり いつ頃； 病名；
9. 薬・食物アレルギーはありますか
なし・あり 花粉症 その他 ()
10. タバコは吸いますか 吸わない・以前吸っていた・吸う
1日； 本
11. 女性の方にお聞きします。
現在妊娠していますか いいえ・はい
授乳していますか いいえ・はい
12. 15歳以下の方にお聞きします。
内服薬は 錠剤・粉薬 を希望