

発熱外来 問診票

年 月 日

ふりがな

氏名

生年月日 T、S、H、R 年 月 日 歳

性別 男 女 職業 () 同居者 有 () 無

住所 (初めて当院を受診される方のみご記入下さい)

〒

電話番号 (初めて当院を受診される方のみご記入下さい)

() ー

①来院時の体温 () 度

②症状のあるものに、○をご記入ください。

- ・発熱 () 日前から、() 度
- ・咳 () 日前から
- ・喉の痛み () 日前から
- ・全身倦怠感 () 日前から
- ・呼吸苦 () 日前から
- ・鼻水 () 日前から
- ・味覚、嗅覚異常 () 日前から
- ・腹痛・下痢・嘔吐 () 日前から
- ・その他の症状 () 日前から

上記の症状に対し、何かお薬は内服されましたか

いいえ ・ はい ()

③新型コロナワクチン接種 ・ 済 1回目 () 2回目 () ・ 未

④この2週間以内に、同居のご家族、職場や学校で

新型コロナウイルスに感染した方がおられますか? いいえ ・ はい

新型コロナウイルス濃厚接触者の方がおられますか? いいえ ・ はい

⑤基礎疾患、他 当てはまるものあれば○をご記入下さい。

糖尿病・高血圧・脂質異常症・脳血管疾患・心不全・呼吸器疾患

免疫抑制剤の使用・抗がん剤の使用・透析治療中

その他 ()

アレルギーの有無 無 ・ 有 ()

ラテックスアレルギーの有無 無 ・ 有

妊娠の有無 無 ・ 有 (週数)