

発熱外来 問診票 診察券番号 ( ) 年 月 日

ふりがな

氏名

性別 男 女

生年月日 T、S、H、R 年 月 日 ( ) 歳

職業 ( ) 同居者 ・有 ( ) ・無

※検査結果を郵送する場合があります。必ず住所・TELを記載して下さい

住所 〒

電話番号 ( ) —

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
- ・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 ( ) 種類 ( )  
・未 2回目 ( ) 種類 ( )  
3回目 ( ) 種類 ( )

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

感染地域 日本国内 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( )

国外 ( ) 国 ( )

直近の渡航歴 渡航期間 (出国日 年 月 日・入国日 年 月 日)

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 )