

発熱外来 問診票

太枠の中をご記入ください

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女		
保護者氏名				
住所	〒			
日中連絡の取れる電話番号				
身長		cm	体重	
			kg	BT SPO2 HR

熱はいつからありますか

ない 本日から 日前から (最高 度)

下記に該当する症状がありますか？該当する症状をチェックしてください。

該当する症状なし

鼻水 喉の痛み 咳 息苦しさ だるさ 筋肉痛 関節痛

頭痛 吐き気 下痢 味覚異常 嗅覚異常 めまい・ふらつき

その他、気になる症状がありますか？

なし あり ()

過去2週程度の間と同症状の方が近くにいましたか？

なし 家族 職場：場所 () その他接触した知人

人の多いところ、他県や他国に行きましたか？

なし あり ()

現在治療中の病気はありますか？

なし 糖尿病 高血圧症 呼吸器疾患 腎疾患 心疾患

免疫抑制薬 抗癌剤 その他 ()

現在内服中の薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は提示下さい

なし あり (薬の名前：)

過去に大きな病気や手術の経験はありますか？

なし あり ()

喫煙歴はありますか？

なし あり 1日 () 本×喫煙歴 () 年

女性の方：妊娠中もしくは授乳中ですか？

いいえ はい

新型コロナのワクチン接種はしましたか？最終接種日はわかる範囲でご記入ください

しない した 回数 () 回

最終接種日 () 年 () 月 () 日

メーカー ファイザー ・ モデルナ ・ その他 ()