

発熱外来問診票

フリガナ		性別	(男・女)	年齢	歳
氏名		生年月日	西暦	年	月 日
住所	〒	ご職業			
		身長・体重	身長： cm	体重： kg	
自宅電話番号		発熱センターへ連絡	未・済		
携帯電話番号		同居者	有・無		

本日はどのような症状で受診されましたか？

- |   |                                    |                               |                               |
|---|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱（最高時： ℃，現在： ℃） | <input type="checkbox"/> 頭痛        | <input type="checkbox"/> 喉の痛み | <input type="checkbox"/> 咳    |
| <input type="checkbox"/> たん               | <input type="checkbox"/> 鼻水        | <input type="checkbox"/> 息苦しさ | <input type="checkbox"/> 倦怠感  |
| <input type="checkbox"/> 吐き気              | <input type="checkbox"/> 目のかゆみ・目やに | <input type="checkbox"/> 味覚異常 | <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）           |                                    |                               |                               |

2週間以内の行動歴、周囲の状況を教えてください。

- |                        |                             |                                |
|------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| ・海外渡航した又は帰国者と接触した      | <input type="checkbox"/> した | <input type="checkbox"/> していない |
| ・コロナ陽性の方又は濃厚接触者と接触した   | <input type="checkbox"/> した | <input type="checkbox"/> していない |
| ・身近に同じ症状の方又は発熱している方がいる | <input type="checkbox"/> いる | <input type="checkbox"/> いない   |
| ・人が集まるような所に行った         | <input type="checkbox"/> した | <input type="checkbox"/> していない |
| ・大人数又は数人で食事をした         | <input type="checkbox"/> した | <input type="checkbox"/> していない |

新型コロナウイルスワクチンの接種状況を教えてください。

- |                                 |
|---------------------------------|
| ・1回目 未・済（接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー： ） |
| ・2回目 未・済（接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー： ） |
| ・3回目 未・済（接種日： 年 月 日 ワクチンメーカー： ） |

今までに大きな病気や現在治療中のものはありますか？

- ない
- ある
- |         |           |        |      |
|---------|-----------|--------|------|
| ・悪性腫瘍   | ・慢性閉塞性肺疾患 | ・慢性腎臓病 | ・高血圧 |
| ・糖尿病    | ・脂質異常症    | ・H I V | ・心不全 |
| ・肝硬変    |           |        |      |
| ・その他（ ） |           |        |      |

現在飲んでいる薬はありますか？

- ない
- ある（ ）

女性の方へ

- 妊娠： 不明 なし あり
- 授乳： なし あり