

発熱外来問診表

車種:	色:
ナンバー:	

フリガナ		身長:	体重:
お名前	(男 ・ 女)	生年月日(西暦)	年 月 日 (歳)
ご住所	〒	自宅電話()	携帯電話()
持病・ リスク要因 ・あり ・なし	1. 悪性腫瘍 2. 慢性呼吸器疾患 3. 慢性腎臓病 4. 心血管疾患 5. 脳血管疾患 6. 喫煙歴 7. 高血圧 8. 糖尿病 9. 脂質異常症 10. 肥満(BMI30 以上) 11. 臓器移植免疫抑制剤、抗がん剤使用 12. 妊婦(週)	コロナワクチン回数 ()回 最終接種日 (令和 年 月 日) 最終ワクチン ・ファイザー ・モデルナ ・アストラゼネカ ・ノババックス ・不明	
ご職業	学校(幼保)名	<input type="checkbox"/> 検査キット (済 ・ 未) (月 日)(陽性 ・ 陰性)	

1. 該当するものに○をつけてください。	2. いつからその症状がありますか	備考
発熱	月 日	体温: _____ °C
のどの痛み	月 日	SPO2: _____ %
頭痛	月 日	
鼻水	月 日	
咳	月 日	
息苦しさ	月 日	
強いだるさ	月 日	
匂い味が分かりにくい	月 日	
吐き気・嘔吐	月 日	
下痢	月 日	
その他()	月 日	
3. 身の周りで新型コロナウイルス感染症は発生していますか。 (はい ・ いいえ)		
4. あなたは濃厚接触者に該当していますか		
はい	関連性 → 家族 友人 会社 学校(幼保) その他 陽性日 → 月 日	
いいえ	新型コロナウイルスに感染したかもしれないという心配な出来事がありますか ・ ある (飲み会 カラオケ コンサート 観戦 冠婚葬祭 旅行など) ・ ない	