

発熱外来 問診票

車種：
ナンバー：
色：

受診日 令和 年 月 日

ふりがな	性別	生年月日 (西暦)
お名前	男・女	年 月 日 (歳)
身長： (cm) 体重： (kg)		
携帯電話 (- -) 自宅 (- -)		
ご職業・学校 (幼保) 名：		

1. 現在治療中のご病気はございますか。ある場合は番号に○を記入してください。

- | | | |
|-----------------------|------------------|----------|
| 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 |
| 8. 糖尿病 | 9. 脂質異常症 | 7. 高血圧 |
| 11. 臓器移植免疫抑制製剤、抗がん剤使用 | 10. 肥満 (BMI30異常) | |

2. 症状を教えてください	いつからその症状がありますか	その他
発熱	月 日	体温： °C
のどの痛み	月 日	
頭痛	月 日	
鼻水	月 日	SpO2： %
咳	月 日	
息苦しさ	月 日	(職員記入)
強いだるさ	月 日	コロナワクチン 接種回数 () 回
吐き気嘔吐	月 日	
下痢	月 日	
その他	月 日	

3. 濃厚接触者にあたりますか (はい ・ いいえ)

はいの方→ 家族： 新型コロナウイルス・インフルエンザ 診断日 ()

 学校： 新型コロナウイルス・インフルエンザ 診断日 ()

 会社： 新型コロナウイルス・インフルエンザ 診断日 ()

 友人： 新型コロナウイルス・インフルエンザ 診断日 ()

4. 現在服用している薬はありますか (はい ・ いいえ)

5. 薬のアレルギーはありますか (はい ・ いいえ)

6. 該当される方だけお答えください

妊娠されていますか (はい 週 ・ いいえ)

授乳中ですか (はい ・ いいえ)

※診察券と保険証、受給者証 (小児) をお預かりします。ご準備ください。

※お会計につきましては後日、当院受付に直接ご来院をお願いしております。