

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

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異常) 11. 臓器移植免疫抑制剤、抗がん剤使用

| 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 | SpO2： % (職員記入) |
| 鼻水 | 月 日 | |
| 咳 | 月 日 | コロナワクチン 接種回数 () 回 |
| 息苦しさ | 月 日 | |
| 強いだるさ | 月 日 | |
| 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。

当院使用欄 家庭内の感染防止策について説明

重症化した場合の対応等の指導