

## 問診票（発熱患者様用）

記入日：令和 年 月 日

診察時間

：

氏名	(女・男)		ふりがな		
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	( )歳
住所	〒 -				
携帯電話番号			緊急連絡先		
来院手段	車	自転車	徒歩 ( )分	PCR検査希望	希望する ・ 希望しない

身長	cm	体重	kg	本体温温	℃	来院時体温	℃			
発熱時期				酸素濃度(SpO2)	%					
症状 (該当欄に○)	咳	鼻水	喉の痛み	関節痛	味覚異常	嗅覚異常	腹痛	下痢	呼吸苦	倦怠感
	頭痛	めまい	その他 ( )							

## ● 新型コロナワクチン接種歴 (F:ファイザー、M:モデルナ、E:その他)

1回目	/ /	F・M・E	2回目	/ /	F・M・E	3回目	/ /	F・M・E
4回目	/ /	F・M・E	未接種	理由(アレルギー等) ( )				

● 2週間以内に新型コロナ感染症を疑う方と接触しましたか？	いいえ ・ はい	濃厚接触者	該当する ・ しない
誰といつ頃			
● 2週間以内の渡航歴はありますか？	いいえ ・ はい	地名/国名	
● 渡航歴のある方との接触はありましたか？	いいえ ・ はい	いつ頃	
● この症状について他の医療機関を受診しましたか？	いいえ ・ はい	病院/医師名	
● 慢性の病気で現在治療を受けていますか？	いいえ ・ はい ・ 中断		
当院既往歴	なし ・ あり	病名	病院/医師名
● 過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか？	いいえ ・ はい		
病名/年月日			
● 市販薬の服用はありますか？	いいえ ・ はい	薬名	
● 過去に飲み薬や注射でアレルギー(発疹、気分が悪いなど)おこしたことがありますか？	いいえ ・ はい		
薬名/症状			
● お酒を飲みますか？	飲まない ・ 飲む ・ 禁酒した ( )年前から		
回数と量			
● タバコは吸いますか？	吸わない ・ 吸う ・ 禁煙した ( )年前から		
吸う本数	1日: ( )本、喫煙歴 ( )年間		

女性にお尋ねします(差し支えない範囲でお答えください)。

● 現在妊娠中ですか？	いいえ ・ はい ・ 可能性がある ・ 不明
出産予定日	
● 現在授乳中ですか？	いいえ ・ はい
● 生理について	順調 ・ 不順 ・ 閉経 ( )歳