

発熱外来 問診票

受診日: 令和 年 月 日 時 分

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	年 月 日	歳
(保護者氏名)		体温	℃	体重
				kg
住所	〒 -			
連絡先	自宅・携帯・その他()	車でご来院されてる方	色:	
	— —	車種:	ナンバー:	

以下の質問にお答えください

症 状	1	熱はいつからありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 本日から <input type="checkbox"/> 日前から(°C)
	2	下記に該当する症状がありますか？ 該当する症状をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 該当する症状なし <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 味覚症状 <input type="checkbox"/> 嗅覚症状 <input type="checkbox"/> 食欲不振・低下 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき		
	3	その他、気になる症状はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい()
接 触	4	最近、人の多いところへ行きましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい いつ・どこへ()
	5	最近、他県への移動はありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい いつ・どこへ()
	6	14日以内に感染者と接触しましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
基 本 情 報	7	現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()
	8	現在服用中のお薬はありますか ※お薬手帳をお持ちの方は提示ください	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 薬の名前:
	9	過去に大きな病気や手術の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()
	10	お薬・食べ物のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()
	11	女性の方: 妊娠中もしくは授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中
そ の 他	12	新型コロナワクチンの 予防接種はお済ですか？	<input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> した(最終接種 回目) (接種日: 年 月 日)
	13	その他、聞きたいこと、伝えたいこと		