

【内科】発熱外来問診票

体温:

(ふりがな)

SPO2値:

氏名 (男・女)

※患者が未成年の場合 保護者氏名

電話番号:

生年月日(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 才

電話番号: 身長 cm 体重 kg

職業(職種): 入国年月日(外国籍の方のみ):

新型コロナワクチンは接種済みですか?

いいえ はい(1回目 / 2回目 / 3回目 /) ワクチンの種類()

本日と同症状でおおよそ2週間以内に病院に受診されましたか?

いいえ はい (いつ?: 診断名は?:)

1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか? 又は海外渡航者に接触されましたか?

いいえ はい (いつ?: どちら?:)

2週間以内に新型コロナウイルス感染者に接触されましたか?

もしくは感染者が発生した場所(クラスター)に行きましたか?

いいえ はい (いつ?: どちら?:)

家族・友人など周囲の人で同症状の人はいますか?

いいえ はい (いつ?: だれが?:)

風邪の症状や37.5℃以上の発熱がありますか?(解熱剤を服用していない状態で)

いいえ はい (いつから?:)

以下の症状がありますか? いいえ はい(以下にチェック)

呼吸器症状あり

咳 (/ ~) のどが痛い (/ ~) 鼻水 (/ ~)

味覚・嗅覚の異常 (/ ~) 息苦しい(/ ~)

その他症状あり 腹痛 (/ ~) その他 () (/ ~)

強い倦怠感 (/ ~) 頭痛 (/ ~) 筋肉痛 (/ ~)

下痢 (/ ~) 嘔吐 (/ ~) 食欲低下 (/ ~)

基礎疾患について 以下で該当するものはありますか? いいえ はい(以下にチェック)

慢性呼吸器疾患 心血管疾患 糖尿病 高血圧 慢性肝炎

腎疾患 免疫不全症候群 悪性腫瘍 免疫抑制剤・抗がん剤の使用

アレルギーの 有 無 (薬: 食物: その他:)

喫煙について 吸わない 時々吸う 吸う(本/日)

飲酒について 飲まない 時々飲む 飲む(本・合/日)

女性の方のみご記入下さい。

女性の方にお聞きます

1. 妊娠の可能性はありますか? いいえ はい

2. 現在、妊娠中ですか? いいえ はい (ヶ月)

3. 現在、授乳中ですか? いいえ はい