

体温
KT=

℃ SPO²=

診察及び薬希望 有 ・ 無

発熱外来 問診票

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	大正	年 月 日 歳	性別
お名前			昭和		男
			平成・令和		
ご住所	〒		連絡先	① ()	
			(優先順)	② ()	
				③ ()	

本日のPCR検査を希望しますか？ 希望する 希望しない 医師と相談して

具体的な症状についてお伺いします

なし	あり	症状の発生した日	月 日()から
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.発熱(>37.5℃) もしくは	℃以上の発熱が 日間持続している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.セキが出る 痰が出る	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.強い倦怠感、だるさを自覚している	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.息切れ、呼吸が苦しい	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.味がわからない	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.臭いがわからない	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.のどが痛い	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.頭痛がある	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.その他の症状(鼻汁、鼻閉、下痢、腹痛など))

◆該当する項目にチェックをお願いします

過去14日以内に3密の機会がありましたか？ (例;ライブイベント、カラオケ、会食、パーティーなど)	いいえ	はい	場所: 日時: 月 日
過去14日以内に30名以上のイベントに参加した	いいえ	はい	場所: 日時:
過去14日以内にコロナウイルス陽性になった人と接触した	いいえ	はい	家族、職場、友人、その他()
過去14日以内に海外渡航歴がある	いいえ	はい	場所:
同居人または職場で自宅待機を命ぜられた人がいる	いいえ	はい	家族、職場、友人、その他()
同居人または職場で過去14日以内に海外渡航歴がある人と接触した	いいえ	はい	家族、職場、友人、その他()

◆治療中の疾患はありますか？

なし

<input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> がん(抗がん剤服用中)
	<input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> その他()

◆喫煙歴はありますか？

なし

あり (本数 /日× 年間)

過去に吸っていた 本/日× 年間(才~ 才まで)

◆妊娠中か、出産中か、または母乳育児中か？

ある

ない

授乳中

◆ワクチン接種歴は？

1回目 (あり・なし)

2回目 (あり・なし)

接種年月日 年 月 日

接種年月日 年 月 日

当日、当院にて記入しますので空欄でお願いします。

コナ、来院前に記入頂きお越し下さい。

体温
KT= °C SPO₂=

診察及び薬希望 有 ・ 無

発熱外来 問診票 令和 4 年 2 月 1 日

ふりがな	まわか ちろう	生年月日	大正	瑞 50年 1月 1日 47歳	性別
お名前	松若 太郎		昭和		男
ご住所	〒590-0144 堺市南区赤坂台4丁20-3	連絡先 (優先順)	① 本人(090)12XX-XXXX		
			② ()		
			③ ()		

本日のPCR検査を希望しますか？ 希望する 希望しない 医師と相談して

具体的な症状についてお伺いします

なし	<input type="checkbox"/>	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	症状の発生した日	1月29日(土)から
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.発熱(>37.5°C)もしくは38°C以上の発熱が	3日間持続している
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.セキが出る	痰が出る
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.強い倦怠感、だるさを自覚している	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.息切れ、呼吸が苦しい	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.味がわからない	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.臭いがわからない	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.のどが痛い	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.頭痛がある	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.その他の症状(鼻汁、鼻閉、下痢、腹痛など)	

見本

◆該当する項目にチェックをお願いします

過去14日以内に3密の機会がありましたか？ (例;ライブイベント、カラオケ、会食、パーティーなど)	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	場所:
過去14日以内に30名以上のイベントに参加した	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	日時: 月 日
過去14日以内にコロナウイルス陽性になった人と接触した	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	場所: 家族、職場、友人、その他()
過去14日以内に海外渡航歴がある	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	日時:
同居人または職場で自宅待機を命ぜられた人がいる	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	場所: 家族、職場、友人、その他()
同居人または職場で過去14日以内に海外渡航歴がある人と接触した	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	日時: 家族、職場、友人、その他()

◆治療中の疾患がありますか？ なし

あり → 糖尿病 心臓病 呼吸器疾患 腎臓疾患 がん(抗がん剤服用中)
免疫抑制剤 その他()

◆喫煙歴がありますか？ なし あり (本数 /日× 年間)
過去に吸っていた 本/日× 年間(才~ 才まで)

◆女性の皆さまは妊娠中または産後の可能性はありますか？

ある ない 授乳中

1回目 (あり)なし) 2回目 (あり)なし)
接種年月日 年 月 日 接種年月日 年 月 日