

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		女
ご住所			連絡先	① ()	
				② ()	
			(優先順)	③ ()	

本日PCR検査(唾液)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)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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

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)

◆女性の方へ。妊娠中もしくは、妊娠の可能性はありますか？

ある ない 授乳中

コロナワクチン接種歴は？	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
	3回目 (あり・なし)	
	接種年月日 年 月 日	