

発熱外来 問診票

受診日：R 年 月 日

新型コロナウイルスの感染拡大を防ぐ為、問診票のご記入をして頂いております。
ご理解、ご協力の程、宜しくお願い致します。

当院受診歴	あり ・ なし	性別	生年月日	年齢
ふりがな		男・女	西暦 年 月 日	歳
氏名				
(保護者氏名)		体温 度	体重 (14歳以下のみ) :	kg
住所	〒 -			
日中連絡のとれる電話	自宅・携帯・勤務先・その他 () - -			
車で来院されている方	車種 : / ナンバー : / 色 :			

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"/> はい (<input type="checkbox"/> 本日から / <input type="checkbox"/> 日前から (最高 度)	
	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"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <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、人の多い所へ行きましたか？	<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すか？	<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 いつ・どこへ ()	
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"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	8	現在、内服中のお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は提示下さい	<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	喫煙歴はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 1日 () 本 × 喫煙歴 () 年	
	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"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 / <input type="checkbox"/> 授乳中)	
	12	服用する際、希望する薬の形状はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 粉薬 / <input type="checkbox"/> 錠剤 / <input type="checkbox"/> 水薬)	
そ の 他	13	新型コロナのワクチン接種は？	<input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> 1回目 (接種日：R 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目 (接種日：R 年 月 日)	
	14	その他、聞きたい事、伝えたい事。			