

# 発熱外来 問診票

記入日 \_\_\_\_\_ 年  
\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日
お名前		性別	男	女		
		年齢	歳			
ご住所	〒		連絡先	① ( )		
				② ( )		
				③ ( )		

コロナウイルスの検査を希望しますか？ 希望する 希望しない

インフルエンザの検査を希望しますか？ 希望する 希望しない

コロナワクチンは打っていますか？接種回数は？	回	最終接種日	年 月 日
	未接種		ファイザー製・モデルナ製

症状の発生した日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) から (推定) 感染地域: \_\_\_\_\_

チェック欄	身長	cm	体重	kg	職業	
-------	----	----	----	----	----	--

<input type="checkbox"/>	1.発熱 _____ °C以上の発熱が _____ 日間持続している
<input type="checkbox"/>	2.セキが出る タンが出る
<input type="checkbox"/>	3.のどが痛い
<input type="checkbox"/>	4.鼻水、鼻づまり
<input type="checkbox"/>	5.頭が痛い
<input type="checkbox"/>	6.関節が痛い 筋肉痛がある
<input type="checkbox"/>	7.強い倦怠感、 だるさを自覚している
<input type="checkbox"/>	8.味がわからない 匂いがわからない
<input type="checkbox"/>	9.その他の症状あれば記入してください； (下痢、悪心・嘔吐、腹痛 _____ )

**◆該当する項目にチェックをお願いします**

過去7日以内に3密の機会があった 例) ライブ カラオケ 会食、 パーティーなど	はい	いいえ	場所: _____ 日時: _____ 月 _____ 日
過去7日以内に30名以上のイベントに参加した	はい	いいえ	場所: _____ 日時: _____
過去7日以内にコロナウイルス陽性になった人と接触した	はい	いいえ	家族、職場、友人、その他 ( _____ )
同居人または職場で自宅待機を命ぜられた人がいる	はい	いいえ	家族、職場、友人、その他 ( _____ )
過去7日以内に海外渡航歴がある	はい	いいえ	場所: _____
同居人・職場で過去7日以内に海外渡航歴がある人と接触した	はい	いいえ	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"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> がん (抗がん剤服用中) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患	
------------------------------	--	--

◆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