

発熱外来受診の為の問診票

ふりがな
氏名

生年月日

才

住所

携帯番号

SPO₂ %

体温 度

職業

1. 発熱（37.5度以上）がある

はい

いいえ

「はい」の場合：解熱剤はのまれましたか

はい

(月 日

時頃、薬の名前

) いいえ

発熱（37.5度以上）があるのはいつからですか

月

日から

2. 自覚症状はありますか 該当する症状に○をつけてください

咳 痰 のどの痛み 息が苦しい 頭痛 倦怠感 筋肉痛 下痢

食べ物の味がしない 鼻がつまっている 鼻水がある においを感じない

その他 ()

3. 基礎疾患・免疫疾患がある

はい

いいえ

「はい」と答えた方

下記の項目に当てはまるものにチェックをいれてください

糖尿病

心血管系疾患

脳血管系疾患

高血圧

慢性呼吸器系疾患

癌

透析

免疫抑制剤服用

脂質異常

認知症

その他 _____

4. 妊娠の有無

あり

(週)

なし

5. 喫煙の有無

あり

なし

喫煙歴の有無

あり

なし

6. 新型コロナウイルス感染症と診断された方または疑いのある者と濃厚接触はありますか

はい

いいえ

7. 発熱や症状に気づいた日より前の2週間以内に県外・海外渡航歴はありますか

はい

いいえ

渡航場所 ()

期間 (月 日 ~

月

日 まで)

8. 7に該当する者と2週間以内に濃厚接触はありますか

はい

いいえ

うらへ

9. 発熱や症状に気づいた日より前の2週間以内に屋内に多人数が集まる集会やイベントに参加したことがある はい いいえ
10. 来院前に保健所に相談されましたか はい いいえ
11. 今までに耳鼻科を受診したことがありますか？
あり：病院名 診断名： なし
12. 現在、なんらかの薬を服用していますか？
あり なし
13. 今までに手術や大きな病気をしたことや、持病などがありますか？
あり なし
14. 薬による副作用の経験
あり なし
15. アレルギー性疾患（ぜんそく、じんましん、他）
16. 当院をどのような方法でお知りになりましたか？（よろしければ回答をお願いします。）
知人からの紹介・インターネット・通りがかり・看板広告