

発熱外来受診の為の問診票

ふり
氏名

生年月日

才

住所

携帯番号

可能な限り別の連絡先を記載ください→緊急連絡先

SPO₂ %

体温 度

職業

1. 発熱(37.5度以上)がある

はい 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・免疫疾患がある方は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

6. 新型コロナウイルス感染症患者と濃厚接触はありますか はい いいえ

7. 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. 2週間以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

9. 来院前に保健所に相談されましたか はい いいえ

10. 現在、なんらかの薬を服用していますか? あり→詳細 _____

11. 薬による副作用の経験 あり→詳細 _____

12. アレルギー あり→詳細 _____