

《発熱外来 問診表》

受診日： 年 月 日

ID		性別	年齢
生年月日	年 月 日	男 ・ 女	歳
ふりがな		本日の体温	体重(14 歳以下のみ)
氏名		度	Kg
(保護者氏名)	(続柄)：		
住所	〒		
現在、連絡の 取れる連絡先			

症 状	発熱はありますか？ ☐ ある (☐ 本日から ☐ 日から 最高 度) ☐ ない
	下記症状はいつからありますか？ ()
	該当する症状をチェックしてください。 ☐ 鼻水 ☐ のどの痛み ☐ 咳 ☐ 痰(たん) ☐ 頭痛 ☐ 吐き気 ☐ 筋肉痛 ☐ 下痢 ☐ 腹痛 ☐ 倦怠感(だるい) ☐ 息苦しさ ☐ 息切れ ☐ 味覚障害 ☐ 嗅覚障害 ☐ 食欲不振・低下 ☐ めまい ☐ その他()
	お薬ご希望の方：どのようなお薬を希望されますか？ () お薬アレルギーはありますか？ ☐ ない ☐ ある ()
基 本 情 報	同居の方にコロナ(またはインフル)陽性の方はいますか？ ☐ はい () ☐ いいえ
	現在治療中の病気はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい [☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 心疾患 ☐ 免疫抑制剤 ☐ 抗癌剤 ☐ 脂質異常症 ☐ その他 ()]
	現在内服中のお薬はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい ()
	喫煙はしますか？ ☐ いいえ ☐ はい
	女性の方：妊娠中もしくは授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい (☐ 妊娠中 ☐ 授乳中)
	新型コロナワクチン接種は？ ☐ していない ☐ した (回)
	酸素飽和度： %
その他	他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ ☐ はい ☐ いいえ