【発熱外来問診シート】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名（フリガナ） |  | 　生年月日（西暦） |  |  |
| 患者氏名 （漢字） |  | 年齢 |  | 男性 | 女性 |
| 郵便番号 |  | 住所 |  |  |  |

* PCR検査希望  □ 検査のみ希望   □ 検査と薬希望  □ 検査と診察希望
* 濃厚接触  □ あり  □なし
* 体温  □ あり（      ℃ ）  □なし
* 自覚症状  □ あり  □なし
* 症状発症日（いつから？）      　月 　　　 日
* 咳  □ あり  □なし 　　　　　　 ● 嗅覚障害   □ あり  □なし
* 痰  □ あり  □なし  　　　　　　● 吐き気/嘔吐   □ あり  □なし
* 息苦しさ  □ あり  □なし  ● 下痢   □ あり  □なし
* 倦怠感  □ あり  □なし  ● 咽頭痛   □ あり  □なし
* 鼻汁  □ あり  □なし  ● 頭痛   □ あり  □なし
* 味覚障害  □ あり  □なし
* その他の症状  □ あり （                     ）
* 妊娠の有無  □ あり  □なし  ● ピルの服用   □ あり  □なし
* 酸素飽和度 （       ）%
* 同居家族  （   ）人・・・家族構成（                   ）
* コロナワクチン接種日

□ あり  □なし 　　　　　　1回目接種    年  月  日

2回目接種    年  月  日

3回目接種    年  月  日

4回目接種    年  月  日

* 職場/学校名  （                ）
* 重症化リスク因子となる疾患

   □ 悪性腫瘍   □ 慢性閉塞性肺疾患   □ 慢性腎臓病   □高血圧

□ 糖尿病   □ 脂質異常症   □ 肥満（BMI130以上）   □喫煙歴   □ その他

* 本人連絡先          （TEL           ）
* 保護者名・連絡先（未成年の場合） （氏名             続柄      ）

（TEL  　　　　　　　　　　　　　　　　　  ）

● 結果報告が本人以外の連絡先の場合 （氏名            続柄       ）

（TEL                     ）