

R 年 月 日

発熱感冒外来問診票 ( 初診 ・ 再診 )

ID:

※お薬手帳をお持ちの方は、この用紙と一緒に受付へご提出下さい

フリガナ お名前		待機場所	車(No. ) ・ テント
携帯番号と自宅電話番号	① ( ) ② ( )		
生年月日	年 月 日	年齢 歳	性別 男 / 女
郵便番号	〒 -	住所	

医療機関記入欄	抗原検査 : コロナ ( ) インフルエンザ ( ) PCR検査 : 外注 ・ 院内 ( ) その他検査 : SpO2 % P= KT=
---------	---

※下記①～⑤の質問事項の該当する項目に☑を入れてご記入下さい。

- ① 現在の症状をお知らせください。それはいつからですか？ ※現在の体温( °C)
- 発熱 \_\_\_\_\_ °C ( / AM・PM 時より )
- 咳や痰 ( / より)
- 息苦しさ(呼吸困難) ( / より)
- 強いだるさ ( / より)
- 下痢や腹痛 ( / より)
- 味覚や嗅覚異常 ( / より)
- 水分摂取困難 ( / より)
- 尿量減少 ( / より)
- その他の症状 ( 咽頭痛 ・ 頭痛 )( / より)
- ② 身近にコロナやインフルエンザ、その他感染症にかかれた方はいますか？(およそ14日間以内)
- いる( )  いない
- ③ コロナのワクチンは受けていますか？
- 受けていない
- 受けた : ( )回
- ④ 下記項目に該当するものはありますか？  有:☑を入れて下さい  無
- 悪性腫瘍  慢性呼吸器疾患(COPD等)  慢性腎臓病  心血管疾患
- 脳血管疾患  喫煙歴  高血圧  糖尿病  脂質異常症
- 肥満(BMI30以上)  臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用。その他免疫機能の低下
- 認知症  てんかん  精神疾患  妊娠または授乳中  その他( )
- ⑤ アレルギーはありますか？  有 ( )  無
- ⑥ その他気になることがございましたらご記入下さい ( )