R　　年　　月　　日

かぜ症状外来問診票 （ 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（　　℃）

- □発熱　　℃　（　／　　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られた方はいますか？（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 （　　　　）