

発熱外来患者 問診票

記入日: 令和 年 月 日 現在の体温: °C

患者番号: 氏名: 性別: 男・女

生年月日: 携帯電話番号:

来院時のお車 色: 車種: ナンバー:

2週間以内の症状で、あてはまるものに ☑をつけてください。	それはいつからですか？
<input type="checkbox"/> 発熱	
<input type="checkbox"/> のどの痛み	
<input type="checkbox"/> せき	
<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	
<input type="checkbox"/> 頭痛	
<input type="checkbox"/> 腹痛	
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	
<input type="checkbox"/> 倦怠感	
<input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐	
<input type="checkbox"/> 下痢	
<input type="checkbox"/> 味や匂いが分かりにくい	
<input type="checkbox"/> 筋肉痛	
<input type="checkbox"/> 関節痛	
<input type="checkbox"/> その他 (症状:)	

質 問	回 答		
新型コロナ陽性者との接触 (検査中の方との接触含む)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	・最終接触日() □家族 □職場 □学校 □友人 □その他()
海外渡航	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	・国名() ・帰国日()
県外移動	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	・場所() ・移動日()
複数人での会食	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	・場所() ・同席者との関係()
基礎疾患	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	□悪性腫瘍 □慢性呼吸器疾患 □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 □妊娠 □臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤の使用、その他事由による免疫力の低下 □その他基礎疾患()
現在飲んでいるお薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	・お薬名