

## 発熱外来 問診表

年 月 日 :

名前 (フリガナ): \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 性別 (男・女)

生年月日: (西暦) \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢: \_\_\_\_\_ 歳 職業: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

携帯電話番号: \_\_\_\_\_ 自宅電話番号: \_\_\_\_\_

(未成年者の場合) 保護者名: \_\_\_\_\_ 携帯電話番号: \_\_\_\_\_

1. 現在当てはまる症状はありますか。当てはまるものに  をつけて下さい。 発熱 ( \_\_\_\_\_ °C)  咽頭痛  咳  痰  呼吸困難  全身倦怠感  頭痛  嗅覚・味覚障害 下痢  嘔気/嘔吐  その他: \_\_\_\_\_

→その症状はいつからですか

2. 喫煙  あり ( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 年)、  なし3. (女性の場合) 妊娠 ( あり、  なし)

4. 2週間以内にコロナ感染者との接触、または不特定多数の人の集まる場所にでかけましたか

(例: 居酒屋、スポーツジム、イベント、出張、旅行など)  あり、  なし

→それはいつ頃ですか: \_\_\_\_\_ 場所: \_\_\_\_\_

5. 現在治療中または以前治療していたものがありますか

 癌  肺疾患  腎臓病  高血圧  糖尿病  高脂血症

6. 上記以外で現在治療中の病気や飲んでいる薬はありますか

7. 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

8. 同居の家族について  なし (独居)、  あり→「あり」の場合  をつけて、体調が悪いか新型コロナウイルス感染者の方がいれば ▲ と塗りつぶして下さい △父  △母  △祖父  △祖母  △配偶者  △子 △その他 (続柄: \_\_\_\_\_ )9. 新型コロナウイルスワクチン接種歴  あり、  なし

1回目: 種類 \_\_\_\_\_ 接種年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2回目: 種類 \_\_\_\_\_ 接種年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3回目: 種類 \_\_\_\_\_ 接種年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

10. 2週間以内の海外渡航歴について  有  無

詳細:

牟礼高山診療所