

感染症外来問診票

年 月 日 :

以下の項目すべてに回答してください。

名前 (フリガナ) : _____ (_____) 性別 (男 ・ 女)

生年月日 : _____ 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

→「あり」の場合 _____ 回

10. インフルエンザワクチン接種歴 (今期) あり、 なし

11. 2週間以内の海外渡航歴について 有 無

詳細 :