

発熱外来問診票

令和 年 月 日

フリガナ

お名前

住所

生年月日 年 月 日生

電話番号

携帯電話

- 1) 1週間以内に37.5度以上の発熱がありましたか？ はい いいえ はいの方 度 (~)
- 2) 咳はありますか？ はい いいえ (~)
- 3) 喉の痛み、鼻水、痰はありますか？ はい いいえ (~)
痰がある方、痰の色は何色ですか？ (色)
- 4) 倦怠感、息苦しさはありますか？ はい いいえ (~)
- 5) 嘔吐・下痢はありますか？ はい (嘔吐・下痢 ~) いいえ
- 6) その他気になる症状がありますか？ ()
- 7) 食事や水分は摂れますか？ はい いいえ
- 8) 同居のご家族や職場・学校などで同様の症状の方はいますか？ はい いいえ
- 9) 基礎疾患はありますか？ はい いいえ
(はいの方：糖尿病・高血圧・脂質異常・脳血管疾患・認知症・心不全・COPD・免疫抑制薬使用・抗がん剤使用・甲状腺治療薬使用・腎機能障害・透析中)
- 10) 現在内服中のお薬がありますか？ 薬剤手帳があればご提示ください
()
- 11) お薬や食べ物でアレルギーがありますか？ はい いいえ
- 12) ワクチン接種歴についてお伺いします
インフルエンザワクチン (未接種 ・ 接種 最終接種日 頃)
コロナワクチン (未接種 ・ 接種 回、最終接種日 頃)
- 13) 生活のことをお伺いします
たばこはお吸いになりますか？ はい いいえ (はいの方 本/日)
たばこを以前お吸いになられていましたか？ はい いいえ (はい 歳頃禁煙)
お酒は飲まれますか？ はい いいえ (はいの方 杯程度)
- 14) 女性の方のお伺いします
現在妊娠されていますか (あるいは妊娠の可能性が 있습니까)？ はい いいえ
現在授乳中ですか？ はい いいえ

問診のご協力頂きありがとうございました

(職員記入)

体温	℃	SpO2	%	脈拍数	回/分	血圧	/	意識障害 (あり・なし)
検査希望	(コロナ抗原		・	インフルエンザ抗原)				
海外渡航歴 (あり・なし)	場所:		~)、	ペット歴 ()		
Sexual history(あり・なし)	その他 ()					