

# 発熱外来問診票

色のついた部分をご記入ください。

記入・受診日： 令和 年 月 日

ふりがな				住所	〒		
氏名				住所			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	体重(15歳以下)	kg				
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	歳	携帯番号	
	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令					緊急連絡先	
来院手段	<input type="checkbox"/> 車	ナンバー	色	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 徒歩	分	

体温	度	最高体温はいつ何度ですか	月	日	時頃
発熱時期	月	日頃～	解熱剤使用	<input type="checkbox"/> 有	時頃 <input type="checkbox"/> 無
症状 (該当欄に☑)	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 鼻づまり・くしゃみ	<input type="checkbox"/> 鼻水	性状 <input type="checkbox"/> 水鼻 <input type="checkbox"/> 粘性 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 緑色
	<input type="checkbox"/> 味覚障害	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 喉が詰まる感じ	<input type="checkbox"/> 喉の違和感	<input type="checkbox"/> 息苦しい	
	<input type="checkbox"/> 喉が痛くて食事が摂れない	<input type="checkbox"/> 喉が痛くて飲水できない	<input type="checkbox"/> その他		

1週間以内に周囲に体調を崩している又は感染症にかかっている方がいますか？ (該当する感染症に☑を入れてください)	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	誰と 月 日頃
	<input type="checkbox"/> コロナ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> その他

コロナワクチン 接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> 3回接種済み	<input type="checkbox"/> 6回接種済み
	<input type="checkbox"/> 1回接種済み	<input type="checkbox"/> 4回接種済み	<input type="checkbox"/> ワクチンを接種して2日以内
	<input type="checkbox"/> 2回接種済み	<input type="checkbox"/> 5回接種済み	最終接種日 年 月 日

基礎疾患 (該当欄に☑)	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎	<input type="checkbox"/> 扁桃炎	<input type="checkbox"/> 外耳炎	<input type="checkbox"/> 急性中耳炎	
	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患
	<input type="checkbox"/> 免疫抑制剤使用	<input type="checkbox"/> 抗がん剤使用	<input type="checkbox"/> 透析治療中	<input type="checkbox"/> その他		

アレルギーの有無	薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )
	食べ物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )

内服について	現在服用中のお薬をご記入ください。(例:高血圧・高脂血症の薬)
--------	---------------------------------

喫煙歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (いつから 歳 ~ 本/日) <input type="checkbox"/> 今は吸っていない
-----	--

飲酒歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (一日飲酒量 ml 杯/日 <input type="checkbox"/> 時々のみ)
-----	--

女性のみの回答	現在妊娠中または可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	現在授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

行動歴	他県・海外への移動または、移動してきた人との接触はありましたか？	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(いつ 月 日 誰と 渡航場所)

同意欄	検査の結果、コロナ陽性の場合重症化リスクのある患者様は保健所に氏名・電話番号等を伝えることになります。		
	同意していただけますか？	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	