

※赤枠内にご記入ください

発熱時対応 問診表

来院時間	時	分	予約月日時間:	年	月	日	時	分
------	---	---	---------	---	---	---	---	---

氏名 (性別)	フリガナ	生年 月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)			
	男・女		平成・令和			
診察券番号		国籍				
職業	会社名	携帯 番号	本人	—	—	本日の連絡先
	詳しい職業内容		通勤:電車・車・その他			<input type="checkbox"/>
住所			ご家族	氏名:	続柄:	<input type="checkbox"/>
			—	—	<input type="checkbox"/>	
来院手段	<input type="checkbox"/> 車 (車種: 色: ナンバー:)	施設	—	—	<input type="checkbox"/>	
身長	cm	体重	kg	<input type="checkbox"/> 肥満(BMI 30以上 BMI)	アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

1. 症状の経過

発症日: 月 日 時ころから

2. 新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか

接種回数 1回 2回 3回 4回 5回

最終接種年月日 ※必須: 年 月 日 (ファイザー・モデルナ・その他())

3. 治療中の病気などありますか

悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 慢性腎臓病 高血圧症 糖尿病 脂質異常症
 その他

4. 喫煙していますか

喫煙していない 喫煙・禁煙の方 歳~ 歳まで喫煙 (1日 本)

5. 妊娠していますか

妊娠していない 妊娠している (W)

6. 同居している人はいますか

いない いる → (続柄: 人暮らし)

7. 同居家族・学校・勤務場所などに症状のある方はいますか

()

8. 症状が出だした日以前の14日間の行動歴について記入して下さい

① 旅行 なし あり (どこへ:) (期間: 月 日 ~ 月 日)

② 同居者以外との会食 (日時:) (どなたと: 友人・職場の方・同居していない家族{ })

持ち物 ・保険証 ・診察券 ・お薬手帳 ・水分

※ 直前に体温測定をしてきて下さい

来院月日 年 月 日 時間 分 ※問診時、しっかりと情報収集を実施して下さい

バイタルサイン 時 分 BT: °C P: 回 SpO2: % RR: 回 BP: / mmHg

現症状 なし あり

- ・発熱(時 °C) ・咳 ・痰 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・頭痛 ・鼻汁 ・鼻閉 ・食欲低下
- ・水分摂取(可・否) ・全身倦怠感 ・嘔気/嘔吐 ・下痢 ・結膜炎 ・臭覚/味覚障害
- ・咽頭痛(嚥下 可・否) ・ADL()
- ・その他 []