

発熱患者様用問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 性別 _____ 生年月日 _____

来院方法 _____ 住所 〒 _____

自家用車で来院の方はナンバーと車種 _____

お待ちいただいている時、連絡のとれる携帯電話番号 _____

1. 本日はどのような症状ですか？（下記に当てはまるものがあれば、チェックしてください。）

- 発熱（熱っぽさも含む） 悪寒・寒気 鼻水 息苦しさ
喉の痛み 咳 痰 頭痛
関節痛・筋肉痛 味が分かりにくい 匂いが分かりにくい
その他（ _____ ）

2. 症状はいつからですか？ _____

3. 自身で体温を測られた方は教えて下さい。 _____ 度

4. 二週間以内に、下記のような人の密集する場所に行きましたか？（はい・いいえ）

- ライブハウス スポーツジム 飲食店での会食 カラオケ など

5-1. 二週間以内に新型コロナウイルス感染症又はその濃厚接触者との接触はありましたか？
（はい・いいえ）

5-2. 最近、インフルエンザ患者との接触はありましたか？（はい・いいえ）

6. 現在治療中の病気はありますか？（はい・いいえ）

はいの方は、具体的に記入してください。 _____

7. 現在内服中の薬はありますか？（はい・いいえ）

はいの方は、具体的に記入してください。 _____

8. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？（はい・いいえ）

はいの方は、具体的に記入してください。 _____

9. 今まで大きな病気をしたことがありますか？（はい・いいえ）

はいの方は、具体的に記入してください。 _____

10. 女性の方へ。現在妊娠中ですか？（はい・いいえ）

現在授乳中ですか？（はい・いいえ）

何かご希望・ご質問があれば、記入してください。 _____