

## 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 \_\_\_\_\_

お待ち頂いている時、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・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. 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）

6. 現在治療中の病気・内服している薬はありますか？（はい・いいえ）

はいの方は、選択又は具体的に記入してください。 悪性腫瘍・慢性閉塞性肺疾患（COPD）  
・慢性腎臓病・高血圧・糖尿病・脂質異常症・肥満（BMI 30 以上）・喫煙歴・  
その他の病気・内服薬等（ \_\_\_\_\_ ）

7. 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。 \_\_\_\_\_

8. 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。 \_\_\_\_\_

9. 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）

10. 新型コロナワクチン接種歴

- ①現在までの接種回数 （ \_\_\_\_\_ 回）  
 ②最終接種日 年 月 日 ワクチンの種類（ \_\_\_\_\_ ・ 不明）

何かご希望・ご質問がありましたら、記入してください。 \_\_\_\_\_