スタッフ記入欄	
体温	℃
SpO2	%

発熱外来問診票

受診日：　　年　　月　　日

※新型コロナウイルス陽性の場合、必要な情報となりますのですべてご記入ください。

フリガナ	性別：　男性　・　女性
氏名:	生年月日：(西暦)　　年　月　日
住所：〒	
日中繋がる連絡先 ☏： ※こちらの番号に結果の連絡をいたします。	※PCR 検査を受けられた方には、左記連絡先にお電話いたします。つながらない際、ショートメッセージをお送りする場合があります。　□了承する
職業：	13 歳以下の方のみ　体重：　　kg
同居者の有無　□あり　□なし	ありの場合(構成：　　)

【問診】

◆いつから発熱がありますか？(本日 ・ ＿＿＿日前) ➡最高　　℃

◆下記の該当する症状に〇を付けてください。

咳 ・ 喉の痛み ・ だるさ ・ 息苦しさ ・ 味覚異常 ・ 嗅覚異常

吐き気 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 関節痛 ・ 痰 ・ 頭痛

その他症状（　　）

◆コロナ陽性者との濃厚接触の有無　□あり　□なし（いつ：＿＿＿日前・＿＿＿週間前）

◆薬・食べ物にアレルギーはありますか？

□あり（　　）　□なし

◆既往歴・治療中の疾患等はありますか？

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 呼吸器疾患 ・ 心疾患 ・ 腎臓疾患 ・ その他（　　）

◆コロナワクチン接種歴をお伺いします。

□未接種

□１回目接種(接種日：　　月　　日（種類：モデルナ ・ ファイザー ・ 不明)

□２回目接種(接種日：　　月　　日（種類：モデルナ ・ ファイザー ・ 不明)

□３回目接種(接種日：　　月　　日（種類：モデルナ ・ ファイザー ・ 不明)

◆女性の方にお伺いします。

現在妊娠していますか？□はい　□いいえ

現在授乳中ですか？　□はい　□いいえ

医療法人社団勝榮会いりたに内科クリニック