

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☎：	
職業：	
同居者の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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○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・治療中の疾患等がありますか？  
 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 呼吸器疾患 ・ 心疾患 ・ 腎臓疾患 ・ その他( \_\_\_\_\_ )
- ◆13歳以下の方にお伺いします。  
 体重： \_\_\_\_\_ kg
- ◆コロナワクチン接種歴をお伺いします。  
未接種  
1回のみ接種(接種日： \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日)  
2回接種済み(接種日：1回目 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日/2回目 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日)
- ◆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