

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☎ 携帯： 自宅： ※はっきりと大きな数字でご記入お願いいたします。	<p>※陰性の場合、結果は携帯電話のショートメール、 陽性の場合、電話連絡させていただきます。</p> <p>※陰性の方で 携帯電話をお持ちでない方は、電話連絡となります。</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>了承する</p>
職業：	13歳以下の方のみ 体重： kg
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 \_\_\_\_\_ °C

◆下記の該当する症状に○を付けてください。

咳 ・ 痰 ・ 息苦しさ ・ 喉の痛み ・ だるさ ・ 関節痛 ・ 頭痛

吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 味覚異常 ・ 嗅覚異常

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 ( )

◆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