

体温	°C
SpO2	%

医療法人社団勝榮会いりたに内科クリニック

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：〒	
携帯：	自宅：
<p>※電話番号は、大きくはっきりとご記入ください。</p> <p>※結果が陰性の場合には携帯電話のショートメールにお送りいたします。※陽性の場合には、電話連絡にて報告致します。</p> <p>※携帯電話をお持ちでない方は、電話連絡となります。</p> <p>※検査日より二日以上(日・祝除く)経っても電話やショートメールが来ない場合、クリニックまでご連絡ください。</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：)

◆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 (接触日： 月 日)

◆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： 年 月 日 (モデルナ ・ ファイザー ・ 不明)

2回目接種(接種日： 年 月 日 (モデルナ ・ ファイザー ・ 不明)

3回目接種(接種日： 年 月 日 (モデルナ ・ ファイザー ・ 不明)

◆過去に新型コロナウイルスに感染したことがありますか？

はい (1番最近の感染年月日いつ： 年 月 日) いいえ

◆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

医師記入欄

発症日：