

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( 歳)
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>【結果報告について】</p> <p>陰性の場合：携帯電話の『ショートメール』にお送りいたします。</p> <p>陽性の場合：当院の医師より『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>	
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： )

◆本日受診から10日前までにPCRまたは抗原検査した方はご記入ください。

⇒ PCR / 抗原 (鼻腔 ・ 唾液) 検査日： / 結果：陰性 / 陽性

◆下記の該当する症状に○を付けてください。

症状はいつからですか？ 本日 ・ \_\_\_\_\_ 日前

発熱(最高 \_\_\_\_\_ °C) ・ 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 (最終接触日： 年 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。

接種回数 : \_\_\_\_\_ 回接種済み 未接種

直近のコロナワクチン接種年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

直近のコロナワクチンの種類 : ファイザー モデルナ 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 :

医師記入欄
対象 ・ 対象外