発熱外来問診票　受診日：　　年　　月　　日

（2021/9/27版）

I　D		性　別	男 ・ 女
氏　名		年　齢	才
自宅電話		生年月日	大・昭・平・令　　年　月　日
携帯電話		職　業	
身　長	cm	体　重	kg

主症状　＿＿月＿＿日から、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿がある

本日　BT：＿＿＿＿℃　　SPO2：＿＿＿＿％　　解熱剤内服（あり ・ なし）

① 新型コロナウイルス感染者（陽性者）との濃厚接触歴がある。

いいえ ・ はい　　→　　月　　日に＿＿＿＿と接触

② １週間以内に１度でも３７．５℃以上の発熱があった。

いいえ ・ はい　　→　　月　　日に＿＿＿＿℃あり

③ 咳・痰がでる。　（咳 ・ 痰 ・ 咳痰両方）

いいえ ・ はい　　→　　月　　日から

④ 現在、息苦しさがある。

いいえ ・ はい　　→　　月　　日から

⑤ 強い倦怠感がある。

いいえ ・ はい　　→　　月　　日から

⑥ 強い咽頭痛 ・ 関節痛がある。

いいえ ・ はい　　→　　月　　日から

⑦ 味覚 ・ 嗅覚異常がある（味覚 ・ 嗅覚 ・ 味覚嗅覚両方）。

いいえ ・ はい　　→　　月　　日から

⑧ 現在治療中の病気はありますか？　いいえ ・ はい（　　）

⑨ 喫煙歴　（無 ・ 有）1日（　）本　（　）～（　）才まで

⑩ 【女性の患者様へ】現在妊娠してますか？　いいえ ・ はい（　　週）

⑪ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？　（　　）

⑫ 新型コロナワクチン接種はしましたか？

いいえ ・ はい　　→　【1回目】　月　日【２回目】　月　日

ファイザー ・ モデルナ ・ 不明

⑬ 今までに新型コロナウイルスに感染した事がありますか？

いいえ ・ はい　　→　　年　月　日

医療法人社団　同愛会病院