

発熱外来問診票 受診日： 年 月 日【医療法人社団 同愛会病院】
(2022/3/16版)

I D		性 別	男 ・ 女
フリガナ		年 齢	才
氏 名			
住 所	〒		
自宅電話		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
携帯電話		職 業	
身 長	c m	体 重	k g

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【3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

⑭ 14日以内に海外渡航歴はありますか？

いいえ ・ はい → 渡航先（ ）