

# 発熱外来 問診票

(ID: ) 記入日 令和 年 月 日

|     |          |                                    |        |     |      |      |   |
|-----|----------|------------------------------------|--------|-----|------|------|---|
| 受診者 | フリガナ     |                                    |        | 男・女 | 生年月日 |      |   |
|     | 氏名       |                                    |        |     | 年    | 月    | 日 |
|     | 現住所      | 〒 - ※大字・字・丁目・番地・マンション名等も正確にご記入ください |        |     |      |      |   |
|     | 電話       | 自宅                                 | -      | -   | 携帯電話 | -    | - |
|     | 本人以外の連絡先 | 氏名                                 | 続柄 ( ) |     | 電話番号 | -    | - |
|     | 職業       |                                    | 車      | 車種  | 色    | ナンバー |   |

ご自宅で測定された体温 ℃ 来院時の体温 ℃ 体重 Kg

※発熱状況 (直近5日間)

|     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |
|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|
| 5日前 | ℃ | 4日前 | ℃ | 3日前 | ℃ | 2日前 | ℃ | 1日前 | ℃ |
|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|

◎ 周りに新型コロナウイルス感染症陽性の方はいましたか？ (はい・いいえ)

◎ 現在の症状

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 咳・鼻水 ( ) 日前から  | <input type="checkbox"/> 呼吸苦 ( ) 日前から     |
| <input type="checkbox"/> 発熱 ( ) 日前から    | <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 ( ) 日前から |
| <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 ( ) 日前から | <input type="checkbox"/> その他の症状 ( ) 日前から  |
| ※ 解熱剤・市販薬の使用 (はい・いいえ) 薬品名 ( )           |   |

◎ 基礎疾患の有無

- |  |   |                                  |                                |
|--|---|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病           | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (高コレステロール血症) | <input type="checkbox"/> 脳血管疾患   | <input type="checkbox"/> 認知症   |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (COPD等) | <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用           | <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 | <input type="checkbox"/> 透析治療中 |
| <input type="checkbox"/> その他           |   |                                  |                                |

◎ 今まで、大きな病気や手術をしたことがありますか？

- なし  ある (具体的にご記入ください)

◎ お薬や食べ物、その他アレルギーはありますか？

- なし  ある (具体的にご記入ください)

◎ 現在、他の病院で治療中のご病気はありますか？

- なし  ある (具体的にご記入ください)

◎ お薬手帳はお持ちですか？

- なし  ある