ID:　　診察日　　年　　月　　日

発熱外来問診票

フリガナ		男・女	大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日（　　歳）
名前			
住所	〒		自宅
			携帯電話

1.下記症状であてはまるものにチェックをしてください。

☐　発熱　（最高体温　　℃）（本日の体温　　℃）

☐　咳　　☐　痰　　☐　のどの痛み

☐　鼻水　　☐　頭痛　　☐　呼吸苦　　☐　下痢

☐　その他　（　　）

検査を希望しますか？希望するものにチェックしてください。

☐コロナウイルス　　☐インフルエンザ　　☐なし

2.症状が出始めたのはいつからですか？

（　　）

3.同居者や身近な方で感染者の方はいますか？

☐　あり　（　　）　　☐　なし

4.新型コロナワクチン接種は打たれていますか？

☐　あり　（　　回）　　☐　なし

5.基礎疾患はありますか？あてはまるものにチェックしてください。

☐　高血圧症　　☐　狭心症　　☐　脳梗塞　　☐　癌

☐　糖尿病　　☐　心筋梗塞　　☐　喘息

☐　脂質異常症　　☐　脳出血　　☐　その他（　　）

6.現在、使用している薬・サプリメントはありますか？

☐　あり　（　　）　　☐　なし

7.アレルギーはありますか？

☐　あり　（　　）　　☐　なし

8.一年以内に海外渡航歴はありますか？

☐　あり　　☐　なし

渡航場所（　　）期間（　　月　　日～　　月　　日まで）

9.女性の方のみ　現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

☐　あり　（　　）　　☐　なし