

発熱外来用問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな お名前	職業	生年月日	年 月 日 歳
電話	身長 cm	体重 kg	
携帯			
住所	〒 ー		

症状：いつ（月 日）から、発熱（度） <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 味覚・臭覚異常
ご家族構成： <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご家族と同居（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子供）
周囲で最近新型コロナウイルス感染症に罹患した人はいますか？： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 罹患者の発症日（月 日） 陽性判定日（月 日） 罹患者との最終接触日（月 日）
新型コロナウイルス感染症にかかったことはありますか？： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
コロナワクチンを接種しましたか？： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> はい（1回目 月 日・2回目 月 日・3回目 月 日） <input type="checkbox"/> いいえ
今回、内服した薬はありますか？：
定期的に内服している薬はありますか？：
今までに大きな病気はしましたか？： <input type="checkbox"/> はい（ ） <input type="checkbox"/> いいえ
薬のアレルギーはありますか？： <input type="checkbox"/> はい（ ） <input type="checkbox"/> いいえ
女性の方、妊娠授乳をしていますか？： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明