

問診票（発熱患者様用）

記入日：令和 年 月 日

診察時間

：

| | | | | |
|--------|-----------|-----|----------|-------------------------|
| 氏名 | (女・男) | | ふりがな | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日 () 歳 |
| 住所 | 〒 - | | | |
| 携帯電話番号 | | | 緊急連絡先 | |
| 来院手段 | 車 | 自転車 | 徒歩 () 分 | PCR検査希望 希望する ・ 希望しない |

| | | | | | | | | | | |
|---------------|----|-----|---------|------------|------|-------|----|----|-----|-----|
| 身長 | cm | 体重 | kg | 本日体温 | °C | 来院時体温 | °C | | | |
| 発熱時期 | | | | 酸素濃度(SpO2) | % | | | | | |
| 症状 (該当欄に○) | 咳 | 鼻水 | 喉の痛み | 関節痛 | 味覚異常 | 嗅覚異常 | 腹痛 | 下痢 | 呼吸苦 | 倦怠感 |
| | 頭痛 | めまい | その他 () | | | | | | | |

● 新型コロナワクチン接種歴 (F:ファイザー、M:モデルナ、E:その他)

| | | | | | | | | |
|-----|-----|-------|-----|----------------|-------|-----|-----|-------|
| 1回目 | / / | F・M・E | 2回目 | / / | F・M・E | 3回目 | / / | F・M・E |
| 4回目 | / / | F・M・E | 未接種 | 理由(アレルギー等) () | | | | |

| | | | |
|--|---------------------------|--------|------------|
| ● 2週間以内に新型コロナ感染症を疑う方と接触しましたか？ | いいえ ・ はい | 濃厚接触者 | 該当する ・ しない |
| 誰といつ頃 | | | |
| ● 2週間以内の渡航歴はありますか？ | いいえ ・ はい | 地名/国名 | |
| ● 渡航歴のある方との接触はありましたか？ | いいえ ・ はい | いつ頃 | |
| ● この症状について他の医療機関を受診しましたか？ | いいえ ・ はい | 病院/医師名 | |
| ● 慢性の病気で現在治療を受けていますか？ | いいえ ・ はい ・ 中断 | | |
| 当院既往歴 | なし ・ あり | 病名 | 病院/医師名 |
| ● 過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか？ | いいえ ・ はい | | |
| 病名/年月日 | | | |
| ● 市販薬の服用はありますか？ | いいえ ・ はい | 薬名 | |
| ● 過去に飲み薬や注射でアレルギー(発疹、気分が悪いなど)おこしたことがありますか？ | いいえ ・ はい | | |
| 薬名/症状 | | | |
| ● お酒を飲みますか？ | 飲まない ・ 飲む ・ 禁酒した () 年前から | | |
| 回数と量 | | | |
| ● タバコは吸いますか？ | 吸わない ・ 吸う ・ 禁煙した () 年前から | | |
| 吸う本数 | 1日： () 本、喫煙歴 () 年間 | | |

女性にお尋ねします(差し支えない範囲でお答えください)。

| | |
|-------------|------------------------|
| ● 現在妊娠中ですか？ | いいえ ・ はい ・ 可能性がある ・ 不明 |
| 出産予定日 | |
| ● 現在授乳中ですか？ | いいえ ・ はい |
| ● 生理について | 順調 ・ 不順 ・ 閉経 () 歳 |