

発熱外来問診票

ふりがな		性 別	男 / 女
氏 名			
生年月日	年 月 日	年 齡	歳
住 所	〒 -	電話番号	

お子様の場合： 保護者氏名（ ）父・母

1. 初めに症状が出てきたのはいつからですか？ （ 月 日から）

2. 以下の症状に当てはまるものにチェックし、記入して下さい。

発熱 今の体温 \_\_\_\_\_℃ 最高体温\_\_\_\_\_℃ （ 月 日から）

咳（痰がからむ / からまない）（ 月 日から）

全身倦怠感（身体がだるい）（ 月 日から）

頭痛（ 月 日から）

吐き気・嘔吐（ 月 日から）嘔吐の場合（ 回）

下痢（ 月 日から）

味覚・嗅覚 異常（ 月 日から）

喉（のど）の痛み（左・右・両方）（ 月 日から）

鼻水（ 月 日から）

息苦しさ（仰向けに寝転ぶと → 楽 ・ 変わらない ・ ひどくなる）  
（ 月 日 午前 / 午後 から）

身体が痛い

胸 ・ 背中 ・ 腰 ・ 腹 ・ 関節 ・ 筋肉（その他 ）

3. 過去2週間の生活

コロナ陽性患者との接触 なし / あり →（あなたとの関係 \_\_\_\_\_）

海外渡航歴 なし / あり →（国名：\_\_\_\_\_）

4. コロナウイルスワクチン接種 なし / あり → 1回・2回・3回・4回

（最終接種： 年 月 日 種類：ファイザー ・ モデルナ ）

5. 基本事項

・薬剤アレルギー なし / あり →（薬品名： \_\_\_\_\_）

・アルコール消毒に対するアレルギー なし / あり

・これまでに通院したことがある病気（ \_\_\_\_\_）

・現在通院中の病気（ \_\_\_\_\_）

・女性の方 妊娠 なし / あり \_\_\_\_\_ 週目

・喫煙歴 なし / あり →（本数： 本 / 日 歳 ~ 歳）

・過去2週間以内に宴会、会食 なし / あり → 人数 \_\_\_\_\_ 人

・類似した症状を有する人が… なし / あり → 家族 \_\_\_\_\_ 人 職場 \_\_\_\_\_ 人