

発熱外来問診票

COV(+ -) Flu(A B -)

問診日: R 年 月 日

ID : _____

フリガナ:	生年月日: 年 月 日(歳)
氏名:	性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性(妊娠: あり なし)
住所:	身長: cm
携帯番号:	体重: kg (BMI:)

《コメント入力》

* 本日、来院時の交通手段を教えてください。(自家用車 ・ タクシー ・ バイク ・ 徒歩)

1、症状 現在の体温(°C) SPO2(%) P()



①発熱(37.5°C以上) なし あり いつから(月 日)
 最高発熱(°C 、いつ()
 解熱剤の使用 なし あり(最終使用:)

②下記症状 いつから(月 日)
 呼吸器症状 咳(少し・ひどい・痰がらみ・乾いた咳・ケンケンした咳)
鼻水(少し・ひどい・透明・黄色・青ばな) 痰
咽頭痛 呼吸困難・息苦しさ
 その他の症状 倦怠感(重度・軽度) 関節痛 頭痛
下痢(1~5回/日・5~10回/日・10回以上)
嘔吐(1~5回/日・5~10回/日・10回以上)

③・水分……摂れる 少し 摂れていない
 ・食事……摂れる 少し 摂れていない

<小児科(中学生以下)の方>

・検査後(陰性の場合)… 当院小児科受診希望 検査のみ希望 かかりつけ医(他院)受診希望

<内科(高校生以上)の方>

・検査後(陰性の場合)… 症状に対する薬を希望 検査のみ希望 内科での診察希望

2、治療中の病気 なし あり

呼吸器疾患 腎疾患(透析等) 心疾患 糖尿病 高血圧 脂質異常症
肥満(BMI30 以上) 免疫抑制剤・抗がん剤 その他()

3、接触歴の確認(同居家族も含む)

1週間以内に、新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触がある(15分以上で1m以内など)
なし あり いつ()、どこで()

4、新型コロナワクチン接種歴 なし あり:接種回数()回

5、新型コロナ感染症にかかったことがある なし ある いつ(年 月)