

発熱外来問診票

★わかる範囲で記入または○をお願いします

フリナガ

氏名

今の体温

℃

※未成年の場合 保護者の氏名

住所 〒

電話番号①

()

電話番号②

()

※ () 内は誰の携帯かわかるよう記入してください。

●オミクロン対応株2価ワクチン接種 [あり ・ なし]

最終ワクチン接種日時

年

月

日頃

(回目)

1. 本日来院された理由について

・いつから? _____ より

●検査 抗原(+ ・ -) /
PCR(+ ・ -) /

・どのような症状?

熱がある・あった ()℃ 咳が出る 痰がでる 鼻水が出る 鼻づまり のどが痛い
頭痛 息が苦しい 胸が痛い 食欲がない 吐き気・おう吐 お腹が痛い
下痢 味覚症状 臭覚異常 倦怠感 排尿痛

・以前に新型コロナウイルス感染症に罹患したことはありますか? (はい ・ いいえ)

2. 周囲に発熱している方、陽性者はいますか? (いる ・ いない)

3. 以下に該当する基礎疾患はありますか?

悪性腫瘍 ・ 慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・ 慢性肺疾患(喘息含む) ・ 慢性腎臓病
慢性肝疾患心血管疾患(高血圧含む) ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 肥満(BMI30 以上)

4. アレルギーはありますか? (なし ・ ある) → なんのアレルギー? ()

5. 嗜好品について 喫煙 (ある ・ なし)

6. 【女性の方のみ】妊娠または妊娠の可能性はありますか? (はい ・ いいえ)

7. 治療中の病気はありますか? (はい ・ いいえ)

病名

どこに通院されていますか?

病院/クリニック

ご協力ありがとうございました。