

問診票（発熱外来患者様用）

ID _____ 氏名： _____ 歳

未成年の場合は保護者氏名： _____ 職業： _____

連絡先（携帯） _____（固定） _____

接触歴： 無 ・ 有（ _____ ）

ワクチン接種歴： _____ 回（最終 _____ 月）

①発症： _____ 月 _____ 日 _____ 時頃より

②症状： 発熱 / 咽頭痛 / 咳 / 鼻汁・鼻閉 / 悪寒・関節痛・筋肉痛 / 倦怠感 / 味覚
嗅覚障害・嘔気嘔吐・下痢・腹痛・頻尿・排尿時違和感

③経過（ _____ ）

④最終体温： _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ 時（解熱剤内服：有・無）

⑤既往歴： 特になし、高血圧・糖尿病・心疾患（心不全・狭心症や心筋梗塞・心筋症）

慢性呼吸器疾患（肺気腫・COPD）、腎障害、肝硬変、癌治療中、免疫抑制剤内服中

その他（ _____ ）

⑥その他リスク： 身長 _____ cm 体重 _____ kg

喫煙歴 _____ 本/日 x _____ 年（ _____ ~ _____ 歳）

妊娠： 無 ・ 有（ _____ 週）

⑦同居者： _____