

問診票（発熱・感冒外来用）

年 月 日

フリガナ	生年月日	T・S・H . .
氏名		
住所	〒	
電話	携帯電話	

病気でつらいところ誠に恐れ入りますが、患者様の状態把握のため、下記の質問にお答え下さい

1. 7日以内にコロナ感染者または発熱患者と接触歴はありますか？ はい・いいえ

2. その詳細（ ）

現在の体温

3. いつからどのような症状がありますか？ いつから（ 月 日）

℃

呼吸困難 ・ ノドの痛み ・ せき ・ たん（白色・それ以外）

くしゃみ ・ 鼻水 ・ 倦怠感 ・ 頭痛 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 吐き気

嗅覚 味覚異常・その他（ ）

一番高い体温

℃

4. 発熱状況について 最近1週間で発熱はありましたか？ あり ・ なし

ありの方 いつから発熱しましたか（ 時期 月 日 体温 ℃）

解熱したのはいつですか（ ）

解熱剤、鎮痛剤、市販薬を服用しましたか（ ）

5. 一番つらい症状は何でしょうか？

（ ）

6. コロナワクチン接種歴 回数（ 回）、最終接種日（ 月 日）、メーカー（ ）

7. コロナ罹患歴 あり ・ なし 発症日（ 月 日）

8. 現在、下記のコロナ重症化リスク、治療中の病気や内服中の薬はありますか？ なし ・ あり

ありの方 悪性腫瘍・慢性呼吸器疾患・慢性腎臓病・心血管疾患・脳血管疾患・喫煙歴

高血圧・糖尿病・脂質異常症・肥満(BMI30以上)、免疫抑制剤/抗がん剤の使用

治療中の病気及び内服中の薬（ ）

9. 今までに薬や食べ物でアレルギー、副作用がありますか？ あればお書きください。

なし ・ あり（ ）

10. 女性の方のみお書きください 妊娠中 ・ 授乳中

ご協力ありがとうございました。