

# 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. 5日以内に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（ ）

今回の最高体温  
℃
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（服用の場合その内容 ）
5. 一番つらい症状は何でしょうか？  
（ ）
6. 検査希望について コロナ/インフルエンザ両方・コロナのみ・インフルエンザのみ・希望しない  
（発症後12時間未満での検査の場合、感度が低下することをご了解ください）
7. 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（ ）
8. 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（ ）
9. 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。