

発熱外来用問診票

現在の体温 _____ 度

ふりがな
お名前 _____

職業 _____

生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳) 身長 _____ cm 体重 _____ kg

T _____

住所 _____

電話 _____

症状:いつから(_____ 日前) 発熱(_____ 度) 咳 痰 息苦しい
のどが痛い 腹痛 吐き気 嘔吐 下痢(_____ 回) 倦怠感
頭痛 味覚・嗅覚異常 その他(_____)

今回の症状に対して内服した薬(_____)

普段内服している薬(_____)

今までに大きな病気をしましたか? はい(_____) いいえ

薬や食べ物のアレルギーは? あり(_____) なし

女性の方 妊娠や授乳をしていますか? はい _____ いいえ

★最近2週間以内に新型コロナウイルス感染症患者との接触はありましたか?

はい _____ いいえ _____

★最近1週間以内に発熱者・体調不良者との接触はありましたか?

はい _____ いいえ _____

★最近2週間以内に旅行をしましたか? はい _____ いいえ _____

★最近 1週間以内に複数人で外食や対面の会議をする機会はありましたか?

はい(飲酒あり・飲酒無し) _____ いいえ _____

★仕事(学校)は主に? 在宅(_____ 日/週出勤) _____ ほぼ毎日出勤(登校)

★仕事等で不特定多数の人と接触しますか? はい _____ いいえ _____