

発熱外来問診票

※記入が済んだ問診票は、医院玄関脇に設置しておりますボックスにお入れください。

来院日 令和 年 月

名前 (性別)	フリガナ	生年月日 (年齢)	S H R 年 月 日 (歳)		
	男・女				
住所 (〒 -)		職業			
		職場・学校			
電話番号	携帯	身長	cm	体重	kg
	自宅		体温		℃
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	妊娠・授乳中	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 下記に病名を記載ください <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(がん) <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 臓器移植(腎移植、肝移植など)後の免疫治療中 <input type="checkbox"/> その他 ()					
当院以外から処方された内服中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 薬名をご記入ください ()					
コロナワクチン接種歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 接種回数 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 最終接種年月日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他					
新型コロナウイルスにかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 時期：令和 年 月					
ここ数日で、自宅での抗原キット、医療機関などで検査を受けていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 検査日(令和 年 月 日) 検査結果 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性					

1. 症状の経過 ※いつからどのような症状が現われたかを出来るだけ詳しくご記入ください。

月 日 時頃から

2. 現症状 下記の項目にお答えください(複数チェック可)

- ・発熱 なし あり → 月 日 時頃から発熱あり
- ・頭痛 なし あり → 頭痛の位置 こめかみ 前頭部 頂頭部 後頭部
- ・咳 なし あり
- ・のどの痛み なし あり
- ・痰 なし あり → 透明 黄色
- ・鼻水 なし あり → さらさら 粘性 垂れる 黄色鼻
- ・鼻づまり なし あり
- ・吐き気 なし あり
- ・嘔吐 なし あり
- ・下痢 なし あり → 水下痢 軟便 回数が多い 量が多い 便臭が強い
- ・筋肉痛・関節痛 なし あり → 腰の痛みもある 首の痛みもある
- ・寒気 なし あり → 熱が上がるときの寒気 常に寒い
- ・手足の冷え なし あり
- ・発汗 なし あり → 暑くて汗が出る 寒いのに汗が出る 寝汗
- ・食欲 なし あり

3. 上記症状に対して何か薬を飲みましたか？ いいえ はい → (薬名)

4. 家族・職場・学校などで発熱者や新型コロナウイルス感染者はいますか？

いいえ はい (風邪症状 新型コロナウイルス) 自分が濃厚接触者に該当している

5. PCR検査または抗原定性検査を希望しますか？ いいえ はい 医師の判断に任せる