

発熱外来問診表

令和 年 月 日

〒

住所

携帯番号

氏名

男・女

生年月日

S・H・R

年

月

日

年齢

歳

体重

Kg

現在の熱

度

症状

基礎疾患

有(例:高血圧症など)

)・無

37.5度以上の発熱

無

有

(

/

から

日間)

咽頭痛

無

有

(

/

から

日間)

鼻汁

無

有

(

/

から

日間)

咳

無

有

(

/

から

日間)

たん

無

有

(

/

から

日間)

頭痛

無

有

(

/

から

日間)

腹痛

無

有

(

/

から

日間)

下痢・嘔吐

無

有

(

/

から

日間)

味覚・嗅覚の異常

無

有

(

/

から

日間)

筋肉痛

無

有

(

/

から

日間)

強いだるさ

無

有

(

/

から

日間)

息切れ・息苦しさ

無

有

(

/

から

日間)

食欲低下

無

有

(

/

から

日間)

1. ヒトと接触する職業ですか? はい(飲食業・営業・介護など)・いいえ

2. 新型コロナウイルス感染症又は疑いの患者さんとの接触はありますか?

はい・いいえ

3. 濃厚接触者の可能性 有 ・無 (有の場合 陽性者に会った日にち)

令和 年 月 日

4. ご家族に発熱、咳などの症状があるヒトがいますか? はい・いいえ

5. 新型コロナウイルス感染症が心配である。 はい・いいえ

6. 新型コロナウイルスワクチン接種 1回目 月 日 2回目 月 日

3回目 月 日 未接種

7. これまでにPCR検査を受けましたか?

はい 検査日 月 日 場所 医療施設・他()

いいえ

8. これまでに抗原検査を受けましたか?

はい 検査日 月 日 場所 医療施設・他()

いいえ

9. 同居の方に高齢者・糖尿病・慢性閉塞性肺疾患・妊婦の方はいらっしゃいますか?

はい・いいえ

※ 女性の方へ 現在妊娠していますか? はい・いいえ

順伸クリニック小児科・眼科