

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)

下痢 無 有 (/ から 日間)

嘔吐 無 有 (/ から 日間)

だるさ 無 有 (/ から 日間)

息苦しさ 無 有 (/ から 日間)

その他 ()

1. 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) 誰と () 令和 年 月 日

2. 新型コロナウイルスワクチン接種 回数 () 回 未接種

3. 今回の症状で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

4. 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

5 女性の方へ 現在妊娠していますか? はい・いいえ

6. これまでに新型コロナウイルスに感染しましたか? はい (年 月頃) いいえ

順伸クリニック小児科・眼科