

日付 【職員記入】

# [ 発熱外来問診票 ]

受付番号 【職員記入】

携帯番号 お車ナンバー 車種と色

郵便番号〒 住所（市町村と番地）

お名前 年齢 歳 【男性 女性】

■あてはまるところに○あるいは口にレ印をして下さい。記入が済みましたら受付にご連絡ください

(女性の方) 口妊娠なし口妊娠した可能性がある 口妊娠中( 週) 口授乳中(子供 ヶ月)

1. 現在の体温は何度ですか ( \_\_\_\_\_ °C)

2. 体温は最高何度まで、それはいつですか ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ °C)

3. 発熱は何日間続いていますか ( \_\_\_\_\_ 日間 )

4. 次の症状のうち、当てはまる症状に○を付けてください

せき、たん、息苦しさ(呼吸困難感)、頭痛、強いだるさ(倦怠感)、のどの痛み、

下痢、吐き気・嘔吐、におい・味覚に異常を感じる、その他( \_\_\_\_\_ )

5. 最初に症状が出たのはいつですか( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

6. 症状が出る2~3日前から外出しましたか→ いいえ はい(場所 \_\_\_\_\_ )

7. 症状が出る2~3日前から誰かに会いましたか→ いいえ はい(ご関係 \_\_\_\_\_ )

8. 家族や職場で同様の症状の方はいますか → いいえ はい(ご関係 \_\_\_\_\_ )

9. 現在の同居家族構成を教えてください( \_\_\_\_\_ )

10. 過去2週間以内に新型コロナウイルス陽性と診断された方との濃厚接触はありますか  
いいえ はい(ご関係: \_\_\_\_\_ )

11. 過去2週間以内のイベントや会食などの外出歴があれば教えてください→( \_\_\_\_\_ )

12. 新型コロナワクチンを接種済みですか→ いいえ はい (回数 \_\_\_\_\_ 回接種済み)

13. 新型コロナ感染症にかかったことがありますか→ いいえ はい

14. 新型コロナ感染症の検査を希望しますか→ いいえ はい

15. インフルエンザの検査を希望しますか → いいえ はい

■次の病気を言われたことがある、あるいは治療中の方は病名に○をして下さい

糖尿病、高血圧、高脂血症、狭心症、心筋梗塞、脳梗塞、前立腺肥大症、緑内障

気管支喘息、アレルギー性鼻炎、慢性副鼻腔炎(蓄膿症)、がん→部位( \_\_\_\_\_ )

タバコについて 口吸ったことはない 口現在吸っている 口以前吸っていたが現在はやめている

薬剤アレルギーがあれば薬剤名を教えてください( \_\_\_\_\_ )

現在服用している薬があれば教えてください ( \_\_\_\_\_ )

【職員記入欄】 SpO2 % 、脈拍 /分、体温 °C 呼吸数 /分、20 年 月 日