

感染症・発熱外来問診票

記載日：令和 年 月 日

受診者氏名（ふりがな）：

①

コロナ陽性者・濃厚接触者との接触	なし あり→陽性者・濃厚接触者の氏名：
新型コロナワクチン接種歴	なし あり→最終接種日： () 回目
新型コロナウイルス抗原検査キット使用の有無	なし あり→結果（陰性・陽性・わからない） 陽性者登録センターへの登録→（あり・なし）

② 現在の症状を○で囲んでください。

熱 (°C)

発熱 寒気 鼻汁 のどの痛み 咳

下痢 腹痛 頭痛 味覚異常 嗅覚異常 息苦しさ だるさ

③ 現在、治療中の病気はありますか。

いいえ・はい→（病名： ）

④ いままで大きな病気をしたことがありますか。（例：手術、輸血、入院など）

いいえ・はい→（ ）

⑤ 今までに薬や注射で副作用が出たことがありますか。

いいえ・はい→（薬剤名： ）

⑥ 喫煙の有無

なし・あり→（1日 本）

⑦ 女性の方へ。今妊娠している、または妊娠している可能性はありますか。

いいえ・はい

医師記入欄 体温 (°C) SpO2 (%) P ()