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

（1）**1週間以内**にコロナやインフルエンザにかかった人との接触はありますか？ なし・あり→　コロナ・インフル　（陽性者の氏名：　　）
（2）今までにコロナウイルス感染症にかかったことはありますか？ なし・あり→　　年　　月頃
（3）今までに新型コロナワクチンを接種していますか？ なし・あり→最終接種日：　　年　　月頃　（　　）回目
（4）今シーズンのインフルエンザワクチンを接種していますか？ なし・あり→接種日：　　年　　月　　日
（5）**1週間以内**の新型コロナウイルス抗原検査キットでの検査の有無 なし・あり→結果（陰性・陽性・わからない）

② 現在の症状を〇で囲んでください。

熱（　　℃）

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（　　℃）Ｓｐｏ２（　　%）Ｐ（　）