感染症・発熱外来問診票

記載日：令和　　年　　月　　日

ふりがな
受診者氏名：

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（仕事関係　・　家族　・　友人　・　その他　　）
（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　※覚えている範囲で結構です
（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⇒（　　）回接種　※覚えている範囲で結構です ⇒1年以内に接種していますか（はい・いいえ）
（4）1年以内にインフルエンザワクチンを接種していますか？⇒なし・あり
（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。

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（　）