

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) 2週間以内にコロナ陽性者との接触はありますか？ なし・あり→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) 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）

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) S p o 2 (%) P ()
