

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) <u>1週間以内</u> 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) 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→接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
(5) <u>1週間以内</u> 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○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（ _____ ）
