

問診票（発熱外来）

No. _____

令和 年 月 日

フリガナ

お名前 _____
生年 大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
月 日

ご住所 〒 _____ 電話番号 自宅 _____（ ）

_____ 携帯 _____（ ）

ご職業 _____ 体重（15歳以下） _____ Kg

コロナウイルス感染者が身近にいる（はい・いいえ）

発熱症状 _____℃が _____日継続 現在体温 _____℃ 最高体温 _____℃

せき症状（あり・なし） 倦怠感（あり・なし）

味覚症状（あり・なし） 嗅覚障害（あり・なし）

その他の症状

 コロナワクチン接種 接種済（1回目・2回目 _____月 _____日） / 未接種 女性の方：妊娠（はい/いいえ） 授乳中（はい/いいえ） タバコ 吸う（ _____本/日） / 吸わない 現在、服用している薬

あり（薬品名： _____） / なし

 今までに飲み薬、塗り薬、注射等で具合が悪くなったことがありますか

あり（薬品名： _____） / なし

 ぜんそく、じんましん、しっしん、その他のアレルギーはありますか

あり（病名： _____） / なし

 今までに大きな病気にかかったことがありますか

あり（病名： _____） / なし

 現在、他の病気で治療中ですか

あり（病名： _____） / なし

 ご来所の利用交通機関に○印をお願いします

1. 自家用車 2. 救急車 3. タクシー 4. その他

備考

既往歴：けいれん（ _____回：熱性けいれん _____回）、ぜんそく
感染症（突発性発疹、風疹、はしか、みずぼうそう、おたふくかぜ）
その他