

発熱外来問診表

※太枠以外の部分をすべてご記入ください。

令和 年 月 日

携帯番号		来院手段	車 (No.) ・ 徒歩		
待機場所	ハイエース・マークX・テント・その他 ()				
ID		体温(来院時) 酸素飽和度	°C / SPO2 %		
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)		
氏名	様	性別	男・女	国籍	
喫煙歴	あり・なし (ありの場合:1日 本位 喫煙歴 年)				
症状	咳	(あり ・ なし)	関節痛	(あり ・ なし)	
	息苦しさ	(あり ・ なし)	強い倦怠感	(あり ・ なし)	
	味覚異常	(あり ・ なし)	嗅覚異常	(あり ・ なし)	
	頭痛	(あり ・ なし)	鼻汁	(あり ・ なし)	
	咽頭痛	(あり ・ なし)	その他	()	
経過	・ 上記の症状が出現したのはいつ頃からですか?(頃から) 最高時体温: 年 月 日 (°C)				
渡航歴	・ 他県・海外へ行きましたか? (あり ・ なし) ありの場合(地名:)				
接触歴	・ 人が集まるような場所に行きましたか? (あり ・ なし) ありの場合(場所: ショッピングモール・飲食店・カラオケ・スポーツジム・ライブハウス・他) ・ 飲食店での会食に行きましたか? (あり ・ なし) ありの場合(人数: 人)				
(2週間以内)	・ 同居者 (あり ・ なし) ありの場合(続柄:) ・ ご自身又は同居者が新型コロナウイルス感染者・濃厚接触者と一緒にいたことがありますか? (あり ・ なし) ありの場合(いつ頃: 日)(関係性:)				
同症状の方	いる ・ いない いる場合 (いつ頃: 日)(関係性:)				
職業		職場の場所			
通勤手段	公共交通機関 (電車、バス等) ・ 車 (バイク・自転車) ・ 徒歩				
既往歴		アレルギー	あり・なし ありの場合 ()		
今回の症状での受診歴	あり ・ なし ありの場合(病院・クリニック)				
解熱鎮痛剤使用	あり ・ なし ありの場合(薬品名:)				
新型コロナワクチン接種歴	あり ・ なし ありの場合 (1回目接種日: 年 月 日) (2回目接種日: 年 月 日) (3回目接種日: 年 月 日)				

通常診療

コンテナ診療

医師サイン