

体温(来院時) 酸素飽和度	°C / SPO2	%	病院記載項目	COVID	FLU+COVID	PCR
			来院手段	車 (No.) ・ 徒歩()		

発熱外来問診表

令和 年 月 日

携帯番号						
フリガナ	生年月日		年 月 日 (歳)			
氏名	様	性別	男・女	国籍		
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	<p>・ 症状が出現したのはいつ頃からですか?(頃から)</p> <p>・ どんな症状から出始めましたか?</p> <p>最高時体温: 年 月 日 (°C)</p> <p>抗原キットの使用 : あり (結果) ・ なし</p>					
接触歴	<p>・ 同居者 (あり ・ なし) ありの場合(続柄:)</p> <p>・ ご自身又は同居者がウイルス感染者・濃厚接触者と一緒にいたことがありますか?</p> <p>(あり ・ なし) ありの場合(いつ頃: 日) (関係性:)</p>					
同症状の方	いる ・ いない いる場合 (いつ頃: 日) (関係性:)					
職業						
これまでか かった病気	アレルギー	あり・なし ありの場合 ()				
	妊娠または その可能性	あり (ヶ月) ・ なし				
	授乳中	あり・なし				
喫煙歴	あり・なし (ありの場合: 1日 本位 喫煙歴 年)					
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 (回接種) 最終接種日 年 月 日)					