発熱外来問診票

携帯番号:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　喫煙の有無 無・有　　本/日

自宅番号:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職業:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　体温:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿℃

氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　SPO²:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿%

体重:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿kg（小児のみ）

生年月日＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日（　　歳）

※ 当てはまるものに〇をしてください

Ⓐ

	質 問	お答え	
①	1週間以内に新型コロナウイルス感染症の方またはインフルエンザ感染症の方と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
②	2週間以内に多くの人の密集する場所へ行きましたか？	はい	いいえ
③	新型コロナウイルPCR検査を希望しますか？	はい	いいえ
④	インフルエンザ検査を希望しますか？	はい	いいえ

☝に当てはまる症状がありますか？（ある〇、ない×、つけてください）

※ 下記の症状はいつからありますか？　（　月　日から）

Ⓑ

①	発熱		⑦	強いだるさ（倦怠感）	
②	のどの痛み		⑧	臭いがわかりにくい	
③	鼻水		⑨	味がわかりにくい	
④	せき		⑩	吐き気・嘔吐	
⑤	痰（たん）		⑪	下痢	
⑥	息苦しさ		⑫	頭痛	

Ⓒ

基礎疾患はありますか？　下記※に当てはまる方	（

※ 悪性腫瘍/慢性呼吸器疾患（COPD等）/慢性腎臓病/心血管疾患/脳血管疾患/喫煙歴/高血圧/糖尿病/脂質異常症/肥満（BMI30以上）/臓器の移植/免疫抑制剤/抗がん剤等の使用/免疫力の低下

Ⓓ

当院までの交通手段	

※当ビル1F駐車場をご利用の方は駐車No. と車のNo. もご記入ください

Ⓔ

コロナワクチンは接種していますか？	1回 / 2回 / 3回 /4回/5回/6回/ 未接種

Ⓕ

インフルエンザワクチンは接種していますか？	1回 / 2回 ・ 未接種

Ⓖ

現在妊娠していますか？（女性のみ）	カ月
授乳していますか？（女性のみ）	カ月