

## 発熱外来問診票

フリガナ		男・女	生年月日（西暦）		年齢	
氏名			年	月	日	満
住所	〒					
電話番号		身長	cm	体重	kg	

<職業> \_\_\_\_\_

<症状>

・当てはまるものに✓をして下さい。

- |                                     |                                  |                                |                                      |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱      °C | <input type="checkbox"/> 鼻水      | <input type="checkbox"/> 咳・たん  | <input type="checkbox"/> のどの痛み       |
| <input type="checkbox"/> だるさ（倦怠感）   | <input type="checkbox"/> 頭痛      | <input type="checkbox"/> 嘔気/嘔吐 | <input type="checkbox"/> 下痢          |
| <input type="checkbox"/> 目が充血（結膜炎）  | <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚障害 | <input type="checkbox"/> その他   | <input type="checkbox"/> SaO2      % |

・症状はいつからですか？ \_\_\_\_\_

<重症化リスク>

・以下に当てはまるものに✓をして下さい。

- |                                   |  |   |   |
|-----------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 高血圧      | <input type="checkbox"/> 糖尿病               | <input type="checkbox"/> 脂質異常症          | <input type="checkbox"/> 肥満 BMI $\geq$ 30 |
| <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病    | <input type="checkbox"/> 喫煙歴               | <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患（COPD） |   |
| <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（がん） | <input type="checkbox"/> その他（            ） |   |   |

<コロナワクチン接種歴> ワクチン接種はお済みですか？ はい いいえ  
 ファイザー・モデルナ    1回目接種日： 月 日    2回目接種日： 月 日

<感染原因・経路・地域>

コロナ陽性者との接触はありましたか？ いいえ    はい（            ）

外食・会食・帰省・旅行・出張・海外渡航などありましたらご記入下さい。

場所： \_\_\_\_\_                      いつ： \_\_\_\_\_

<※女性の方へ> 妊娠の可能性はありますか？ なし あり（            週）

<当院をどちらでお知りになりましたか？>

- インターネット    看板    知人    通りがかり    その他（            ）