

発熱外来用問診票

現在の体温 度/SAT %

ふりがな
お名前

職業

生年月日 S・H 年 月 日(歳) 身長 cm 体重 kg

〒

(自宅)

住所

電話 (携帯)

症状:いつから(月 日から) 発熱(度) 咳 痰 息苦しい

のどが痛い 腹痛 吐き気 嘔吐 下痢(回) 倦怠感

頭痛 味覚・嗅覚異常 その他()

今回の症状に対して内服した薬()

普段内服している薬()

今までに大きな病気をしましたか? はい() いいえ

薬や食べ物のアレルギーは? あり() なし

女性の方 妊娠や授乳をしていますか? はい() いいえ

★ご家族構成は? 一人暮らし・ご家族と同居(父・母・夫・妻・子供 歳 歳)

★周囲で最近新型コロナウイルス感染症に罹患した方はいますか? はい() いいえ

「はい」の方 罹患者の発症日 月 日 ・陽性判定日 月 日

罹患者との最終接触日 月 日

★新型コロナウイルス感染症に罹患した既往はありますか? はい() いいえ

★コロナワクチンを接種しましたか? ファイザー / モデルナ

はい(1回目 月 日・2回目 月 日・3回目 月 日) いいえ