

# 発熱外来問診票

令和 年 月 日

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 歳 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. どのような症状がありますか。

1) いつ頃から

2) どのような症状がありますか。

発熱・咳・のどの痛み・鼻水・鼻づまり・息切れ

頭痛・筋肉痛・体のだるさ・吐き気・下痢・その他( )

2. 発病から2週間以内に海外渡航歴はありますか

なし・あり(国名・地域 )

3. 発病から2週間以内に新型コロナウイルス感染症の患者との接触歴はありますか

なし・あり(詳細 )

4. 現在、治療中の病気がありましたらご記入ください。

1)

病名	通院している病院名 (診療科)

2) 飲んでいる薬

・  
・  
・

裏面もご記入ください

4. アレルギーはありますか。

いいえ      はい 薬品名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_  
食品名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_  
その他 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_

5. 転倒の危険性について確認します。当てはまる内容に☑してください（複数可）。

半年以内に転んだことがある      歩行時にふらつく  
椅子から一人で立ちあがることができない  
車椅子を使用している      杖を使用している  
該当なし

6. 日常生活についてご記入ください。

1) 飲酒の習慣はありますか。 いいえ      はい

はいの方      毎日      頻繁      機会飲酒

種類 \_\_\_\_\_ 量 \_\_\_\_\_ CC/日

2) タバコは吸いますか。

いいえ      はい 1日 (      ) 本 (      ) 歳頃から  
以前は吸っていた (      ) 年間

7. 女性の方のみお答えください。

1) 現在、妊娠または授乳中ですか。（または可能性がありますか）

いいえ      はい  
はいの方（妊娠中      妊娠の可能性あり      授乳中）

問診は以上です。事務職員へ渡し、お待ちください。

国際医療福祉大学成田病院

---

### 看護師記入欄

体温      °C      脈拍      回/分（整・不整）      呼吸数      回/分

血圧      /      mm Hg      必要時（Spo<sub>2</sub>      %）

転倒のリスク      あり      なし

転倒に影響を与える薬剤の内服（睡眠薬、向精神薬、循環器用薬、降圧薬など）

あり      なし