

発熱外来問診票（有症状）

フリガナ
氏名 _____（ ）歳 性別 男・女

身長 _____ cm 体重 _____ kg 生年月日 _____ 年 月 日

体温	脈拍	酸素飽和度

1. いつから症状がありますか。

月 日

2. どのような症状がありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。
発熱・咳・のどの痛み・鼻水・鼻づまり・息切れ・体のだるさ・頭痛・筋肉痛・
吐き気・下痢・目の充血・味がしない・においがしない
その他（ ）

3. 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 _____）

4. 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 _____）

5. 新型コロナウイルスワクチンの接種を受けましたか。

・はい ※(1)～(3)まで一番直近で接種したものを記載して下さい。

(1)接種回数に○をつけて下さい。	1 2 3 4 回目
(2)接種年月日	年 月 日
(3)接種したワクチン名に○をつけて下さい。	1. ファイザー 2. モデルナ、3. アストラゼネカ 4. ノババックス、5. 不明

・いいえ

6. これまでに新型コロナウイルスに感染したことはありますか。

なし・あり（年 月）

7. 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）

問診は裏面もごさいます

2) 飲んでいる薬

- ・
- ・
- ・

8. 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 _____

9. 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

10. 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

11. 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)

12. 証明書を希望されますか。当てはまる内容に☑してください。

※希望される場合証明書作成料金として¥2,750円（税込み）を頂戴いたします。

陽性の場合のみ必要 陰性の場合のみ必要 陽性、陰性いずれの場合でも必要 不要

問診は以上です。事務職員へ渡し、お待ちください。