

## 発熱問診票

ふりがな

氏名

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日(才)

男・女

ご住所 〒

自宅電話

携帯電話(父・母)

体温 \_\_\_\_\_℃(平熱 \_\_\_\_\_℃) 体重 \_\_\_\_\_kg

保護者氏名(未成年の場合):漢字

ふりがな

本日は何で来ましたか:徒歩・自転車・タクシー・自家用車(車種・色: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_)

※当院記載

酸素飽和度 \_\_\_\_\_% コロナPCR・抗原施行 無・有(唾液・鼻腔) 担当医:中山・代田

待機場所:待合室・感染症室・車・外

\*今回受診時の症状(いつから、どのような症状がありましたか?)

咳 (月 日から) 鼻水 (月 日から)発熱 (月 日から) [熱経過(最高体温: \_\_\_\_\_℃)]咽頭(のど)痛 (月 日から) 味覚、嗅覚異常 (月 日から)倦怠感 (月 日から) 呼吸苦 (月 日から)腹痛 (月 日から) はきけ (月 日から) 下痢 (月 日から)

その他症状があればご記入ください

機嫌(よい・ふつう・わるい) 食欲(ある・ない) 水分(とれる・とれない)

\*通っている学校(幼稚園、保育園)を記入してください、大人の方は職業を記入してください

( \_\_\_\_\_ ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・大学・職業: \_\_\_\_\_

\*家族内、通っている学校(幼稚園、保育園)、勤務先で体調不良の方はいますか?

いいえ・はい(誰: \_\_\_\_\_)

(症状: \_\_\_\_\_)

上記で新型コロナウイルス感染症(疑い含む)の方はいますか? いいえ・はい(誰: \_\_\_\_\_ いつ: \_\_\_\_\_)

\*新型コロナウイルスワクチン接種しましたか?(5歳以上の方)

はい 1回目(月 日) 2回目(月 日) 3回目(月 日) いいえ

種類:ファイザー/モデルナ 種類:ファイザー/モデルナ 種類:ファイザー/モデルナ

\*既往歴(薬を飲んでいる方は、薬手帳も出してください)

糖尿病 脂質異常症(高コレステロール血症) 脳血管疾患 認知症 心不全呼吸器疾患 免疫抑制剤の使用 抗癌剤の使用 その他( \_\_\_\_\_ )新型コロナウイルス感染症(発症日: \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 検査日: \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日)

\*既往歴(女性の方へ) 現在妊娠していますか いいえ・はい(週数 \_\_\_\_\_)