

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 ケ月)

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 % 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) 口味覚、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) 口はきけ (月 日から) 口下痢 (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)

*現在、他の医療機関に通院していますか?

していない・している(病院名: いつ・病名:)

*現在、処方されている薬はありますか? ない・ある (ある場合はお薬手帳提示してください・既往歴)

 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()

*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:)

*新型コロナワ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

 新型コロナ感染症(発症日: 月 日 検査日: 月 日)

*女性の方へ 現在妊娠していますか いいえ・はい(週数)

*女性の方へ 現在授乳していますか? いいえ・はい