

スタッフ記入欄

検査 なし COV ( ) Flu ( )

記載日 令和 年 月 日

## 発熱問診票

ふりがな

氏 名 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 ( オ ャ月 )

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) ☐ 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)

\*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

☐ 新型コロナウイルス感染症 (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