発熱者問診票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな	性別	生年月日	年齢
名前	男 ・ 女	年　月　日	才

過去２週間以内でお答えください。

① 新型コロナウイルス感染症と診断された方・疑いのある方と濃厚接触はありますか？
（濃厚接触とは：同居あるいは長時間接触、お互いマスクをせず 30 分以上室内で過ごした、鼻水・痰などに触れた可能性が高いなど）
　　なし・あり（いつどこで　　）

② インフルエンザと診断された方・疑いのある方と濃厚接触はありますか？
　　なし・あり（いつどこで　　）

③ 自覚症状
発熱はありますか？
　　なし・あり　（　　℃　いつから　　）
他の症状はありますか？（〇をつけてください）
（いつから　　）
咳・痰・息苦しさ・だるさ・筋肉痛・喉の痛み・頭痛・腹痛・下痢・吐き気・嘔吐
食欲低下・味覚異常(味がしない)・嗅覚異常（においがしない）
その他（　　）

④ 同居者に同じ症状の人がいる。
　　なし・あり（いつから　　）

⑤ 外出しましたか？
イベント・ジム・飲食店・クラブ・出張・旅行・海外など
　　なし・あり（いつ：　　場所：　　）

⑥ 治療中の疾患・状態について教えてください。(〇をつけてください)
高血圧・心疾患・肺疾患・腎疾患・糖尿病・癌・妊娠中・授乳中
その他（　　）

⑦ 内服はありますか？
　　なし・あり（　　）

⑧ アレルギーはありますか？
　　なし・あり（　　）

⑨ その他（　　）

さくらまちクリニック