

カルテ No. \_\_\_\_\_

# 発熱者問診票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな  
名前 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_  
男 ・ 女 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才

来院時体温 \_\_\_\_\_

SpO2 \_\_\_\_\_

## ① 自覚症状

・発熱はありましたか？     なし・あり

・他の症状はありますか？（○をつけてください）

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（ \_\_\_\_\_ ）

・何か薬は飲みましたか？     なし・あり

## ② 新型コロナウイルス、インフルエンザと診断された方・疑いのある方と接触はありますか？

（同居あるいは長時間接触、お互いマスクをせず 15 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 \_\_\_\_\_ ）

## ③ 同居者に同じ症状の人がいる。

なし・あり（いつから \_\_\_\_\_ ）

## ④ 最近でかけしましたか？

なし・あり（いつ： \_\_\_\_\_ 場所： \_\_\_\_\_ 誰と： \_\_\_\_\_ ）

## ⑤ 現在の疾患・状態について教えてください。（○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（ \_\_\_\_\_ ）

・内服はありますか？

なし・あり（ \_\_\_\_\_ ）

## ⑥ アレルギーはありますか？

なし・あり（ \_\_\_\_\_ ）

## ⑦ 喫煙されてますか？

なし・あり（ \_\_\_\_\_ ）

## ⑧ 新型コロナワクチンの接種について

2 回接種済（接種日 \_\_\_\_\_ ）・3 回接種（接種日 \_\_\_\_\_ ）・無し