

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・鼻水・息苦しさ・だるさ・関節痛・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・嗅覚異常
- 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？
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 過去に新型コロナに感染したことがありますか？
なし・あり (時期や回数： _____)

⑥ 最近インフルエンザにかかりましたか？
なし・あり (いつ： _____)

⑦ 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 (_____)
- ・ アレルギーはありますか？ なし・あり (_____)
- ・ 喫煙されていますか？ なし・あり (_____)

⑧ 新型コロナワクチンの接種について
■回数： 回 ■接種日： 年 月 日 ■無し