

# 発熱外来問診票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

住所 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

保護者または付き添い者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

通われている保育園、幼稚園または学校名 \_\_\_\_\_

## 1. 以下に該当することを把握している場合、該当箇所を○で囲んでください

65 歳以上・悪性腫瘍・慢性呼吸器疾患・慢性腎臓病・糖尿病・高血圧・脂質異常症・心血管疾患・脳血管疾患  
肥満 (BMI30 以上)・喫煙・免疫不全・妊娠中・HIV 感染症・**当てはまる疾患無し**

## 2. 現在の症状について

- ・37 度以上の発熱 (はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 最高体温 \_\_\_\_\_ °C
- ・市販薬の服用 (あり：\_\_\_\_\_・なし)
- ・呼吸が苦しい (はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から
- ・咳が出る (はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から
- ・喉が痛い (はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から
- ・嗅覚、味覚がおかしい (はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から
- ・鼻水が出る (はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から
- ・下痢をしている (はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から
- ・関節痛がある (はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から
- ・体がだるい (はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から
- ・食事摂取は可能 (はい・いいえ)
- ・水分摂取は可能 (はい・いいえ)
- ・その他の症状があればおしらせください

## 3. アレルギーについて

- ・アレルギーの有無 (あり：\_\_\_\_\_・なし)
- ・喫煙 (あり：\_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_・なし)
- ・今までにかかった病気や手術 (あり：\_\_\_\_\_・なし)
- ・現在治療中の病気や内服中の薬 (あり：\_\_\_\_\_・なし)  
(お薬手帳をお持ちの方はお見せください)
- ・新型コロナウイルスの罹患歴 (あり：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_・なし)
- ・インフルエンザの罹患歴 (あり：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_・なし)

## 4. 同居のご家族や職場・学校などに、直近2週間以内に新型コロナウイルスまたはインフルエンザと診断

された方はいますか (はい： 新型コロナウイルス・インフルエンザ \_\_\_\_\_ ・なし)

また、質問2でご記入頂いた内容と同様の症状の方はいますか (はい・いいえ)

## 5. 新型コロナワクチンを接種しましたか (はい：接種回数 \_\_\_\_\_ 回 最終接種日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月・いいえ)

コロナ検査を市販やPCRセンターで受けていますか (はい：検査日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 陽性・陰性 \_\_\_\_\_ ・いいえ)