

# 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)