

問診票（発熱・感冒外来用）

年 月 日

| | | |
|------------|------|---------|
| フリガナ 氏名 | 生年月日 | T・S・H・R |
| 住所 | 〒 | |
| 電話番号 | 携帯番号 | |

病気でつらいところ誠に恐れ入りますが、状態把握のため、下記の質問にお答え下さい。

現在の体温 _____℃ 一番高かった時の体温 _____℃

- 7日以内にコロナ感染者または発熱患者と接触歴はありますか？ はい・いいえ
- その詳細（ ）
- いつからどのような症状がありますか？ いつから（ 月 日頃）
呼吸困難・ノドの痛み・せき・たん（白色・それ以外）・くしゃみ・鼻水・倦怠感・
頭痛・腹痛・下痢・嘔吐・嗅覚異常・味覚異常・その他（ ）
- 発熱状況について 最近1週間で発熱はありましたか？ あり・なし
ありの方 いつから発熱しましたか（時期 月 日 体温 _____℃）
解熱したのはいつですか（ ）
解熱剤、鎮痛剤、市販薬を服用しましたか（ ）
- 一番つらい症状は何でしょうか？
（ ）
- コロナにかかったことはありますか？ あり・なし
ありの方（いつ頃 ）
- 現在、下記のコロナ重症化リスク、治療中の病気や門服中の薬にありますか？ なし・あり
ありの方 がん・慢性呼吸器疾患・慢性腎臓病・心血管疾患・脳血管疾患・喫煙歴・
高血圧・糖尿病・脂質異常症・肥満（BMI30以上）・免疫抑制剤／抗がん剤の使用
治療中の病気及び内服中の薬（ ）
- 今までに薬や食べ物でアレルギー、副作用がありますか？ あればお書きください。
なし・あり（ ）
- 女性の方のみお書きください 妊娠中・授乳中

ご協力ありがとうございました。