

※下記赤枠内をご記入ください

発熱外来対応問診票

ID:

年 月 日

・一般 ・他院 ・施設 ・正面玄関

氏名 (性別)	ふりがな	生年 月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 (歳)		
	男・女				
職業		国籍			
住所	携帯電話: - - 自宅: - -	TEL	家族	- - (続柄:) 氏名:	
			施設	- - (施設名称:)	
来院手段	<input type="checkbox"/> 車 (車種: 色: ナンバー:) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 ()				
身長	cm	体重	kg	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
症 状 ・ 行 動 歴	1. 症状の経過 (発症日: 年 月 日 時ころから)				
	2. 新型コロナウイルスワクチン接種 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 上記「あり」の方は接種回数: <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回 最終接種年月日: 年 月 日 (ファイザー ・ モデルナ ・ その他 ())				
	3. 治療中の病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (かかりつけ医療機関: <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 ()) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症				
	4. 服薬中のお薬について 解熱・鎮痛剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終服薬時間: 年 月 日 :)				
	5. 喫煙について <input type="checkbox"/> 喫煙していない <input type="checkbox"/> 喫煙・禁煙している 歳~ 歳まで喫煙 (1日 本)				
	6. 妊娠について <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠している (週)				
	7. 同居者の有無について <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (続柄: 人暮らし)				
	8. 同居家族・学校・勤務場所などに症状のある方はいますか ()				
	9. 症状が出た日以前の14日間の行動歴について ① 旅行 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (場所:) (期間: 年 月 日~ 年 月 日) ② 会食 (日時: 年 月 日) (だれと: 知人・職場の同僚・同居以外の家族・その他 ())				
	持ち物	・健康保険証、診察券、おくすり手帳、水分 ・自主検査の結果 (PCR・抗原) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※結果が陰性でも、医師の判断により再検査させて頂く場合があります ・事前の体温測定			

来院月日: 年 月 日 時 分

バイタル: 時 分 BT: °C P: 回 Spo2: % RR 回 BP / mmHg

現症状 なし あり

・発熱 (時 °C) 咳 痰 咳以外の急性呼吸器症状

・頭痛 鼻汁 鼻閉 食欲低下 咽頭痛 (嚥下 可・否)

・ADL ()

・その他 ()