

発熱外来問診票

来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		性別	大正・昭和・平成・令和
氏名		男・女	年 月 日生 (歳)
住所	〒 (—)		
携帯電話番号	— —	家族連絡先	— — 続柄 ()

【現在の自覚症状】

来院時体温： _____ °C SpO2： _____ % P： _____ BPM

- | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 発熱 (°C) | ☐ 息苦しさ | ☐ 鼻水 | ☐ のどの痛み |
| ☐ 咳 | ☐ 頭痛 | ☐ 関節痛 | ☐ 味覚・嗅覚異常 |
| ☐ 下痢 | ☐ 嘔吐 | | |

上記の症状が出たのは _____ 月 _____ 日から

これまでコロナの検査は受けましたか？ いいえ・はい (_____ 月 _____ 日)

【コロナワクチン接種歴】

なし・あり () 回 最終接種日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) ・不詳
(モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ) ・不詳

周りにコロナ感染の方がいますか？

- ☐ いない
- ☐ いる→誰でしょうか？ () 最終接触日 (月 日) ・不詳

食べ物やお薬でアレルギーはありますか？

☐ ない ☐ ある (薬または食品：) (症状：)

現在治療中の病気・状態のすべてに☑をしてください。

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| ☐ なし | ☐ がん治療中 | ☐ 気管支喘息/COPD | ☐ 慢性腎臓病 |
| ☐ 心血管疾患 | ☐ 脳血管 | ☐ 高血圧症 | ☐ 糖尿病 |
| ☐ 脂質異常症 | ☐ 肥満 | ☐ 免疫抑制剤使用 | ☐ 妊娠中 |



大阪本町胃腸内視鏡クリニック