

発熱外来問診票

記入年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日
ふりがな 名前		年齢	才 ヶ月 性別 男・女

現在の体温 _____ °C

1) 新型コロナウイルスにかかったことがある はい いいえ
 最後にかかったのは _____ 年 _____ 月頃

2) 同居の家族が新型コロナウイルスにかかったことがある はい いいえ
 最後にかかったのは _____ 年 _____ 月頃

4) 次のような症状がありますか。 はい いいえ
 該当する場合はチェック✓してください。

発熱 (37.5°C以上) **最高体温** _____ °C それはいつですか _____ 月 _____ 日

咳 鼻汁 のどの痛み 味がわからない

においがわかりにくい だるい 息苦しい 下痢

気持ち悪い その他 (_____)

上記の症状が出てきた日： _____ 月 _____ 日

5) 同居している人に、過去14日間から今日まで次のような症状はありましたか。 はい いいえ
 該当する場合はチェック✓してください。

発熱 (37.5°C以上) 咳 鼻汁 のどの痛み

味がわからない においがわかりにくい だるい 息苦しい

下痢 頭痛 その他 (_____)

上記の症状が出てきた日： _____ 月 _____ 日

6) 新型コロナウイルスワクチンは接種しましたか はい いいえ
 何回接種しましたか _____ 回
 最後に接種したのは _____ 年 _____ 月頃

7) その他、何かありましたらお書きください。