

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
住所	〒		
連絡のとれる電話番号（携帯の所有者、自宅、会社など）			
1. () 2. ()			

体温 _____ °C

- 1) 過去14日以内に、コロナウイルス陽性になった人と接触した。 はい いいえ
 接触日 月 日 接触した場所 ()
 陽性者との関係 (家族・学校・保育園・幼稚園・知人・その他 ())
- 2) 保健所からコロナウイルス濃厚接触者と指定された。 はい いいえ
 接触日 月 日 接触した場所 ()
 感染者との関係 (家族・学校・保育園・幼稚園・知人・その他 ())
- 3) 新型コロナウイルスにかかったことがある はい いいえ
 かかった時 年 月
- 4) 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
 かかった時 年 月
- 5) 今までにおおきな病気にかかったことがあったり、現在医師の診察を受けている。 はい いいえ
 病名 ()
- 6) 現在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
- 7) 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
- 8) 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
- 1回目** 未 接種年月 年 月 **2回目** 未 接種年月 年 月
- 3回目** 未 接種年月 年 月 **4回目** 未 接種年月 年 月
- 9) 新型コロナウイルス感染症の重症化リスク因子がありますか。 はい いいえ
 該当する場合はチェック✓してください。
- 悪性腫瘍 慢性閉塞性疾患 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病 脂質異常症
- 肥満 喫煙歴 妊娠 抗がん剤の使用などにより免疫機能が低下
- 10) その他、何かありましたらお書きください。