

発熱外来問診票

受診日 年 月 日

シメイ

氏名

年齢 歳 (男 女)

住所

生年月日 年 月 日

電話番号

職業

1. 該当する症状の□にシ点をして下さい
また、症状が始まった日付も記入して下さい

- 発熱 (発熱した日時： 月 日 その時の体温： 現在の体温：)
- 咳 (月 日～) 痰 (月 日～) 咽頭痛 (月 日～)
- 鼻水 (月 日～) 倦怠感 (月 日～) 呼吸困難感 (月 日～)
- 腹痛 (月 日～) 嘔吐 (月 日～) 下痢 (月 日～)
- 便秘 (月 日～) 頭痛 (月 日～) めまい (月 日～)
- 味覚障害 (月 日～) 嗅覚障害 (月 日～)
- その他の気になる症状 【 】

2. 上記の症状に対しどちらかの病院を受診しましたか？

【 はい 病院名： ・ いいえ 】

3. 過去に診断された病気または、現在治療中の病気はありますか？

【 はい ・ いいえ 】

- 高血圧 糖尿病 喘息 心臓疾患 脳梗塞 心臓疾患
- その他の治療中の病気 【 】

4. 14日以内に仕事、もしくは私用にて滞在した地域（海外を含む）はありますか？

【 はい (滞在地域：) ・ いいえ 】

5. 現在、同居されている方はいますか？

【 はい ・ いいえ 】

6. アレルギーはありますか？

【 はい (アレルギーの内容：) ・ いいえ 】

7. 新型コロナウイルス陽性者との接触歴を含め、症状など追加の経過があれば教えて下さい

症状の経過など