

発熱外来問診票

お名前 _____

体温 _____ °C

周囲に新型コロナウイルス感染症の診断を受けた方はいますか？ いいえ ・ はい

濃厚接触の心当たりはありますか？ いいえ ・ はい

電車通勤など、多数の方と触れ合う機会はありますか？ いいえ ・ はい

現在の症状

- 発熱 咳・痰 くしゃみ 鼻水 喉の痛み 腹痛・下痢
頭痛 関節痛 筋肉痛 食欲不振 嗅覚異常 味覚異常

症状はいつからですか？ 月 日

新型コロナワクチンは接種していますか？ いいえ ・ はい (回)

直近の新型コロナウイルスワクチン接種年月日 年 月 日

重症化リスク因子となる疾病等の有無

- 慢性呼吸器疾患(COPD等) 慢性腎臓病 心血管疾患
高血圧 糖尿病 脂質異常症 肥満(BMI30以上)
妊娠 悪性腫瘍 喫煙歴 ステロイド使用
臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤の使用その他の事由による免疫機能の低下

現在通院中の病気があれば教えてください

現在使用中のお薬があれば教えてください

その他伝えたいことやご要望があれば記入してください