

直近10以内にPCRまたは抗原検査を実施しましたか？

はい(日前) ・ いいえ

体温KT °C SPO2=

発熱外来問診票

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	大正	年 月 日 歳	性別
お名前			昭和		男
			平成・令和		女
ご住所	〒		連絡先 (優先順)	①	
				②	
				③	

本日PCR検査(唾棄)を希望しますか？ 希望する 希望しない 医師と相談して

具体的な症状についてお伺いします。

なし	あり	症状の発生した日	月 日()から
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.発熱(>37.5°C)もしくは	°C以上の発熱が 日間持続している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.せきが出る 痰が出る	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.強い倦怠感、だるさを自覚している	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.息切れ、呼吸が苦しい	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.味がわからない	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.臭いがわからない	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.のどが痛い	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.頭痛がある	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.その他の症状(鼻汁・鼻閉・下痢・腹痛など)	

◆該当する項目にチェックをお願いします。

過去14日以内に3密の機会がありましたか？ (例:ライブイベント・カラオケ・会食・パーティーなど)	いいえ	はい	場所: 日時: 月 日
過去14日以内に30名以上のイベントに参加した	いいえ	はい	場所: 日時:
過去14日以内にコロナウイルス陽性となった人と接触した	いいえ	はい	家族・職場・友人・その他()
過去14日以内に海外渡航歴がある	いいえ	はい	場所:
同居人または職場で自宅待機を命ぜられた人がいる	いいえ	はい	家族・職場・友人・その他()
同居人または職場で過去14日以内に海外渡航歴がある人と接触した	いいえ	はい	家族・職場・友人・その他()

◆現在治療中の疾患はありますか？ なし

あり <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 腎臓疾患	<input type="checkbox"/> がん(抗がん剤使用中)
	<input type="checkbox"/> 免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> その他()			

◆喫煙歴はありますか？ なし あり(本数 /日 × 年間)

◆女性の方へ。妊娠中もしくは、妊娠の可能性はありますか？ ある ない 授乳中

◆コロナワクチン接種歴は？	接種年月日: 年 月 日	接種年月日: 年 月 日	接種年月日: 年 月 日
---------------	--------------	--------------	--------------