

発熱外来問診表

※下記問診票にご記入ください。

院内検温 (      °C) SPO2 (      %)

ふりがな	生年月日	年 齡	性 別
患者氏名	大・昭・平 年 月 日		男・女
住 所 〒			
電話番号	自宅：(                      )		
	携帯：(                      )		

①海外渡航歴はありますか？                      有 ・ 無  
いつから？      /      ~      /                      どこへ (                      )

②感染確定者との接触はありますか？                      有 ・ 無  
※接触とは、マスク・ゴーグル（眼鏡）をつけずに手が届く範囲で会話すること

③下記 3 条件を満たす環境に滞在しましたか？                      有 ・ 無  
①換気の悪い密閉空間      ②人が密集している      ③近距離での会話や発声が行われる  
④体温(      °C)      時      現在      発熱はいつからですか？ (                      )  
何か薬は服用しましたか？ (                      )

重要項目： 3日以上、37.5度以上の発熱症状（悪寒）や倦怠感が続いている。  
(37.5度以下でも3日以上風邪薬や解熱鎮痛剤を服用している。) はい・いいえ

⑤該当する症状に○してください。(      )内にいつからかご記入ください。  
咳が続く (                      )・ひどくだるい (                      )・息苦しい (                      )・下痢 (                      )  
のどが痛い (                      )・においや味がわからない (                      )・頭痛 (                      )  
そのほか (                      )

重要項目：.日を迫うごとに咳嗽が激しくなっている。または呼吸苦、頻呼吸、臭覚異常  
味覚異常がありますか？ はい・いいえ

⑥喫煙はしていますか？ 有 ・ 無      1日 (      )本 × 喫煙歴 (      )年

⑦肺炎球菌ワクチンの予防接種はうけていらっしゃいますか？ 有 ・ 無

⑧基礎疾患の有無  
□糖尿病 □高血圧 □脂質異常症（高コレステロール血症） □脳血管疾患 □認知症 □心不全  
□呼吸器疾患（COPD等） □免疫抑制剤の使用 □抗がん剤の使用 □透析治療中  
□その他 (                      )

⑨緑内障・前立腺肥大症はありますか？ 有（緑内障・前立腺肥大症）・ 無

⑩女性の方にお伺いします。 現在妊娠の可能性はありますか？ 有 ・ 無  
現在授乳していますか？ 有 ・ 無

⑪初診の方は当院を何でお知りになりましたか？

備考：  
相談センター連絡 有・無      検査は必要ないといわれた 有・無