

# 発熱外来 問診表

令和 年 月 日

新型コロナウイルスの感染拡大を防ぐ為、問診票のご記入をして頂いております。  
ご理解、ご協力の程、宜しくお願い致します。



医療法人 東内科医院

I D		性別	生年月日	年齢
ふりがな		男 ・ 女	年 月 日	歳
氏名				
(保護者氏名)		体温 度	体重 (14歳以下のみ):	kg
住所	〒 -			
日中連絡の 取れる電話	自宅・携帯・勤務先・その他 ( )			
車情報	車種: ナンバー: 色:	保険証情報	保険者番号: 記号: 番号: 医療証番号:	

以下の質問にお答えください

症状	発熱はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 本日から <input type="checkbox"/> 日前から (最高 度)
	下記に該当する症状がありますか? 該当する症状をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 該当する症状なし <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 食欲不振・低下 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> くらつき
	その他、気になる症状はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )
	同居御家族に上記症状の方はいますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )
接触	最近、人の多い所へ行きましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ・どこへ ( )
	最近、他県への移動はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ・どこへ ( )
	14日以内に感染者と接触しましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ・どこへ ( )
基本情報	現在治療中の病気はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )
	現在、内服中のお薬はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前: )
	過去に大きな病気や手術の経験はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )
	女性の方: 妊娠中もしくは授乳中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中 )
	服用する際、希望する薬の形状はありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 水薬 )
その他	新型コロナワクチン接種は? <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> した ( <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 )
	その他、聞きたい事、伝えたい事
検査	新型コロナ PCR ( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 ) / 抗原 ( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 )
	インフルエンザ 抗原 ( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 )