

問診票（発熱・かぜ）

西暦 年 月 日

フリガナ			男	生年月日		
氏名			女	大正 昭和 平成 令和		
住所	<input type="checkbox"/> 愛知県清須市の場合（清須市以降の住所を記入してください） 〒 愛知 県 清須 市					
	<input type="checkbox"/> 愛知県清須市以外 〒 市 町 村 県					
保護者氏名 ※受診される方が 未成年の場合のみ						
電話番号	自宅	()-	-	職業		
	携帯	()-	-			
自動車	車種/メーカー					
	ナンバー			色		

（病院記入欄） 体温_____℃、SpO2_____％、脈拍_____

●症状を教えてください。

- 発熱（最高体温_____℃）（__月__日から__日間）
 のどの痛み 咳 たん 鼻水 呼吸苦 体がだるい 耳が痛い
 頭痛 関節痛 しびれ 嗅覚障害（においがわかりにくい）
 味覚障害（味がわかりにくい） 嘔気 嘔吐 腹痛 下痢 寒気
 その他

●症状はいつからですか？（__月__日頃から）

●過去2週間以内に渡航歴はありますか？

- なし あり

{	渡航先：	
	時期：	__月__日～__月__日

●過去2週間以内に密閉・密集・密着となる場所 または 感染が疑わしい場所に行きましたか？

- なし あり

{	<input type="checkbox"/> イベント <input type="checkbox"/> 会食 <input type="checkbox"/> カラオケ <input type="checkbox"/> スポーツジム <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> その他 [}
---	---	---

●新型コロナウイルス感染症と診断された方はいますか？

- いない いる

{	<input type="checkbox"/> ご自身 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他 [}
---	--	---

裏面につづく

●食物またはお薬のアレルギーはありますか？

なし あり [食品・薬剤名：]

●治療中のご病気 または 該当する項目はありますか？

なし あり [悪性腫瘍 慢性呼吸器疾患 (COPD 等) 慢性腎臓病
 心血管疾患 脳血管疾患 高血圧 糖尿病
 脂質異常症 肥満 (BMI 30 以上)
 免疫機能の低下 (臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤使用等)
 その他 []]

●喫煙習慣はありますか？

いいえ 過去にあり (____ 本/日) 現在あり (____ 本/日)

●<女性の方へ>妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい (____ ヶ月)

●<小学生以下のお子さまの場合>体重を教えてください。 (____ kg)

●現在、服用 または 使用しているお薬はありますか？

なし あり [当院での処方薬 その他 []]

●ワクチン接種歴を教えてください。

ワクチン接種回数 ____ 回

[直近の接種日 : ____ 年 ____ 月 ____ 日
直近の接種メーカー : ファイザー モデルナ アストラゼネカ
 ノババックス 不明 その他 []]

●今回の診察で、熱や風邪症状に対するお薬を希望されますか？

いいえ はい 医師の判断に任せる

[具体的なご希望があれば教えてください
※医師の判断でご希望に添えない場合がありますので予めご了承ください。]

●新型コロナウイルス抗原検査を希望されますか？

いいえ はい 医師と相談

●医師に相談したいことがあれば、以下に記入してください。

[]

以上です。ありがとうございました。