

発熱外来問診票

初・再 (ID) (記入日時: 年 月 日 時 分)

① ふりがな 名 前				性 別	
				<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
② 生年月日	S・H・R	年	月	日	歳
③ 住 所	〒	電 話			
		携 帯			

④治療中の疾患等

- 糖尿病 高血圧 心疾患 呼吸器疾患 透析中
高度肥満(BMI30以上) 免疫抑制剤使用中 妊娠中 授乳中
その他:

⑤感染機会(最近1週間)	発熱者・体調不良者との接触	<input type="checkbox"/> あり 家/職/学[コロナ・インフル・その他] <input type="checkbox"/> なし
⑥症状が出たのはいつからか	月 日	
⑦37.5℃以上の発熱または通常より1℃以上の高体温		<input type="checkbox"/> あり(°C) <input type="checkbox"/> なし
⑧咳・痰・強い咽頭痛・鼻水・鼻閉		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑨強い倦怠感 関節痛 筋肉痛		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑩息切れ・呼吸困難		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑪その他の症状	<input type="checkbox"/> あり 症状 : 頭痛 腹痛 下痢 嘔吐 悪寒 <input type="checkbox"/> なし	

⑫検査歴	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原検査[コロナ/インフル](/) <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> なし
------	---

⑬上記以外	
-------	--

記入者: