

発熱外来問診票

診察券番号	・初めて	受診日	年 月 日
フリガナ		性別	生年月日 (西暦) (年齢)
氏名		男・女	年 月 日(歳)
住所	〒 川崎市 区		
携帯電話	☎ - - 続柄 :	固定電話	無・有→ - -

1. 今日はどのような症状での受診ですか？ 現在の体温： _____ °C

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 発熱 (発熱した日時： _____ 月 _____ 日 : 午前・午後 _____ 時頃 | その時の体温： _____ °C) |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み |
| <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> 息苦しさ・息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> 倦怠感 | <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害 |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |

・上記の症状が発生した日： _____ 月 _____ 日から

・他医療機関・セルフで抗原検査をしましたか？ (いいえ ・ はい → 検査日： _____ 月 _____ 日 陽性 ・ 陰性)

※検査の実施は医師の判断になります。ご了承ください。

2. 同居のご家族や職場(お子さんの場合は、友達、幼稚園、学校など)に、直近 2 週間以内に
新型コロナウイルス(COVID-19)またはインフルエンザと診断された人、またはその疑いの方がいますか？

・はい → (新型コロナウイルス ・ インフルエンザ) その他 (_____) ・いいえ

3. 女性の方に・・・妊娠していますか？ (はい ・ いいえ) 妊娠中 (_____ 週) 授乳中

4. タバコを吸いますか？ (はい ・ いいえ) 喫煙歴あり

5. 基礎疾患について **当てはまる疾患無し**

- | | | | |
|--|--|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 | <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) | <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 | <input type="checkbox"/> 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI30 以上) | |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | |

6. 現在服用している薬はありますか？ (はい ・ いいえ) *「はい」の方はお薬手帳をご準備ください。

・アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)
 ・薬剤(_____) ・食べ物(_____) ・その他(_____)