

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 (実際の所在地)	〒 川崎市 区		
住所 (住民票が上記と異なる場合記入)	〒		
携帯電話	☎ - - 続柄:	固定電話	無・有→ - -

1. 今日どのような症状での受診ですか？ 現在の体温: _____ °C
- 発熱 (発熱した日時: _____ 月 _____ 日 : 午前・午後 _____ 時頃 その時の体温: _____ °C)
 咳 鼻水 のどの痛み
 痰 息苦しさ・息切れ 頭痛
 腹痛 吐き気・嘔吐 下痢
 倦怠感 関節痛 味覚・嗅覚障害
 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)
 (陽性の方) 陽性者管理番号 M, S から始まる 7 桁の数字はありますか？ (いいえ・はい→M・S _____)
- ※公費での検査の実施は医師の判断になります。ご了承ください。

2. 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(_____)
3. 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
4. 新型コロナワクチンを接種しましたか？ (はい ・ いいえ)
- 接種回数: _____ 回 最終接種日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (ファイザー ・ モデルナ ・ _____)
5. インフルエンザワクチンを接種しましたか？ (はい ・ いいえ)
6. 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
7. タバコを吸いますか？ (はい ・ いいえ) 喫煙歴あり
8. 基礎疾患について **当てはまる疾患無し**
- 悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 慢性腎臓病 高血圧
 糖尿病 脂質異常症 肥満 (BMI30 以上)
 その他 (_____)