

発熱外来問診票

お車ナンバー：

カラー：

フリガナ			
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日生
連絡先	電話番号（ ） —		
保護者氏名 (未成年者の場合)		続柄：	

1) 今回相談したい症状を全て選んでください

- 熱 現在の体温（ ）℃
- 息苦しい 口が開けづらい 頭が痛い お腹が痛い
- 咳 鼻水 のどが痛い 嘔声がある 味や匂いがわかりにくい
- 筋肉や関節の痛みがある 倦怠感
- 吐き気・嘔吐 下痢 (水様 ・ 血液が混じる)
- その他 ()

2) 症状がいつからあるか教えてください。 () 月 () 日から

3) 1か月以内に周囲(家族、職場の人など)にインフルエンザ・新型コロナウイルスやその他何らかの感染症にかかった人はいますか?

- はい () いいえ

4) 1か月以内に海外や感染症の流行地域を訪問しましたか?

- はい () いいえ

5) 1か月以内に感染症にかかるリスクの高い行為(海外での生水・生食の接種や動物(ダニに咬まれた・蚊にさされた・動物に咬まれた)との接触・性的接触など)はありましたか?

- はい () いいえ

6) いままでに診断されたことのあるご病気、生活習慣に☑をつけて下さい

なし

がん 慢性呼吸器疾患 慢性腎臓病 心血管疾患 (狭心症、心筋梗塞)

脳血管疾患 (脳卒中) 喫煙歴 高血圧 糖尿病 脂質異常 肥満

臓器移植 免疫抑制剤使用中 抗がん剤使用中 妊娠中 () 週)

その他 ()

7) 現在、治療中の病気はありますか?

ない ある

(治療中の病気:)

8) 現在、飲んでいるお薬はありますか?

ない ある

(お薬名をご記入ください:)

9) 過去にお薬でアレルギー症状がでたことがありますか?

ない ある

(お薬名をご記入ください:)

10) 本日の診察で特に希望されることがあればご記入ください

()

【看護師記入欄】

・ BT °C

・ BP /

・ HR

・ SpO2 %

・ RR

・ 体重 kg