

発熱・感冒問診票

年 月 日 身長 cm 体重 kg

[ ] [ ]

フリガナ氏名 /生年月日 年 月 日/ 年齢 歳/ 性別 男・女

住所 〒

電話番号 自宅 /携帯

緊急連絡先 /続柄 /TEL

1. 今回の症状を具体的に記載ください。いつから、どのような症状ですか？詳しく教えてください。

・症状の経過は？ 悪化してきている 変わらない 改善してきている

2. 下記に該当する症状はありますか？該当する症状を○して下さい。一番ひどい症状を◎して下さい。

発熱(いつ～, MAX °C) 鼻水 咽頭痛 咳 息苦しさ・息切れ 味覚嗅覚異常
頭痛 関節痛・筋肉痛 倦怠感 発疹 嘔吐 下痢 腹痛
その他( )

3. 解熱鎮痛剤・感冒薬を使用しましたか？いいえ はい(薬 いつ )

4. 周囲に同様の症状の方やコロナ陽性の方はいますか？ いいえ はい(関係: )

5. 2週間以内に出張・旅行(海外渡航を含む)に行きましたか？ いいえ はい(いつ )

6. 2週間以内に3密イベント(会食・研修会・会議・カラオケ・ライブイベント・パーティー・ジムなど)
へ参加しましたか？ いいえ はい(いつ )

7. 新型コロナワクチンは接種しましたか？いいえ はい(1回接種、2回接種、3回接種)

8. 今シーズン、インフルエンザワクチンは接種しましたか？いいえ はい

9. 治療中もしくは今までかかった病気や、指摘されている病気などはありますか？

(がん・心臓病・不整脈・糖尿病・高血圧・糖尿病・高脂血症・高尿酸血症・喘息・慢性肺気腫・
慢性腎臓病・透析治療中・膠原病・肝臓病・脳梗塞・脳出血・リウマチ・緑内障・前立腺肥大など)
⇒詳細を記載して下さい。また、その他の疾患あれば教えてください。

(

10. 現在、お薬を内服していますか？

いいえ はい⇒(薬剤: )

11. アレルギーはありますか？

いいえ はい(薬\_\_\_\_\_・麻酔薬・食べ物・花粉症・その他\_\_\_\_\_)

12. 女性の方に伺います。

妊娠 妊娠中( 週) 可能性あり 可能性なし

授乳中 なし あり

13. 本日は解熱剤などの処方を希望されますか？いいえはい(陰性の場合、保険内で料金がかかります)