

発熱外来用 （当院が初めてのの方の問診票も兼ねています）

フリガナ 氏名	(歳) (男・女)	生年 月日	大正・昭和・平成・令和
住所			
電話	自宅 緊急連絡先 (名前・TEL)	携帯電話	

記入日 年 月 日 (代筆者 続柄)

1. 風邪の症状をお聞かせください (発熱などの症状がでた日から現在まで)

2. 1週間以内の行動をお聞かせください

- * 海外渡航歴 (ある・なし) * 渡航歴がある人との接触 (ある・なし)
- * それはいつごろですか? _____

3. 周りに新型コロナやインフルエンザ、その他の感染症にかかっている人はいますか?

- * (いる ・ いない ・ 不明)
- * (新型コロナ ・ インフルエンザ ・ その他)
- * その方はどなたですか? ()

4. 新型コロナやインフルエンザの抗原検査は実施しましたか?

- * (している ・ していない)
- * 日時 (年 月 日 時頃)
- * 検査名 (新型コロナ ・ インフルエンザ)
- * 結果 (陽性 ・ 陰性)

5. 新型コロナやインフルエンザにかかったことはありますか?

- * (ある ・ なし)
- * あり→疾患名 (新型コロナ ・ インフルエンザ)
- * 複数回、感染歴のある方は直近をお答えください
 年 月 日

6. 新型コロナの予防接種はしたことがありますか？（ある・ない）

* 回数（ ）回 ・ 覚えていない

7. 10月から3月に来院の方へ

* インフルエンザの予防接種は受けましたか？（受けた・受けてない）

8. 下痢や嘔吐などの症状がある方のみお答えください

* 3日以内に食べたものは？

9. 今までにかかった主な病気、けが、手術（年月や病院名などわかれば記入）

10. 現在内服中の薬はありますか？（あり・なし）

* 病院名（当院・当院以外）

* 当院において定期薬処方している方は省略可

* あり→（薬の内容）

11. 今までに、薬や食べ物に対するアレルギーはありますか？（あり・なし）

* あり→薬や食べ物などの種類

12. 女性の方へ

* 現在妊娠は？（している か月 ・ していない ）

* 出産後の方（生後 か月） 授乳（している・していない）

13. 20歳以上の方へ

喫煙（吸っている 1日 本・吸っていた・しない）

飲酒（している・していた・しない）

* 過去の場合は何年前ですか 酒類 _____ 年前 タバコ _____ 年前