

# 発熱外来問診票

受診日 令和 年 月 日

フリガナ		男 女	生年	大正・昭和 年 月 日
氏名			月日	平成・令和 ( ) 歳
住所	〒	電話番号：( ) -		
		携帯番号： - -		
		緊急連絡先：( ) -		
身長：	体重：	※ご本人以外の方の番号をご記入下さい。 続柄 ( )		

最初にどのような症状があり、それはいつからですか？

症状： 月 日から

以下、該当するものに○をつけ、必要事項をご記入下さい。

☆現在、下記の症状はありますか？

発熱 ( °C) 咳 痰 鼻水 喉の痛み 息苦しい 頭痛 関節痛  
倦怠感 食欲がない 嘔気 嘔吐 下痢 腹痛 嗅覚味覚異常

☆同居家族・お世話をする家族や友人など身近な人などに、新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者の方がいましたか？ [ はい ・ いいえ ]

☆同居家族・同居している方は風邪症状がありますか？ [ はい ( ) ・ いいえ ]

☆現在、治療中の病気や内服中の薬がありますか？ [ 有 ・ 無 ]

病名：

薬剤名（お薬手帳をお持ちの方はお見せ下さい。）：

☆今までに次の病気は診断されていますか？ [ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ]

☆今までに大きな病気をしたり、手術を受けたりしたことがありますか？ [ 有 ・ 無 ]

病名：

☆今までに食べ物や薬（注射を含む）でアレルギーが出たことがありますか？ [ 有 ・ 無 ]

薬・食べ物の名前と副作用の内容：

《介護サービス利用の方》

☆利用している介護サービス事業所で新型コロナウイルス感染者・疑いの方がいましたか？

[ いる ・ いない ]

☆利用している介護サービス事業所はどこですか？

[ ]

《女性の方にお聞きします》

☆現在妊娠していますか？ [ はい ・ いいえ ・ わからない ]

☆現在授乳中ですか？ [ はい ・ いいえ ]

【 裏面あり 】

