

ID : _____

発熱・感染症 外来 問診票

フリガナ		性別	男・女	体温 () °C
お名前				
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 / 満 歳	身長 (cm) ・ 体重 (kg)		
住所	〒 - 多治見市 市	電話	自宅Tel	- -
			携帯Tel	- -
所在地	〒 - 市 (単身赴任・下宿など別の住所がある方)			
保護者 氏名	未成年の方は、保護者の氏名・携帯連絡先をお書きください	電話	携帯Tel	- -

- はじめの症状はいつからありますか？ (月 日 時ごろ から)
- どんな症状がありますか？
 - 熱がある (最高 °C) 頭痛 のどの痛み せき たん
 - 体がだるい 息苦しい 味覚障害 嗅覚障害 食欲がない
 - 吐き気／嘔吐 腹痛 下痢 関節の痛み
 - その他 ()
- 2週間以内に、身近な方で 新型コロナウイルス感染症 陽性者 はいらっしゃいますか？
 - はい (濃厚接触者と言われている) はい いいえ
- 今までに以下の病気や習慣がありますか？ (重症化となりうる疾病等)
 - 悪性腫瘍 慢性的な呼吸器疾患 慢性腎臓病 心血管疾患
 - 脳血管疾患 喫煙歴 高血圧 糖尿病 脂質異常症
 - 肥満 (BMI30 以上) 臓器の移植・免疫抑制剤・抗癌剤等の使用による免疫機能低下
 - 妊娠 その他 ()
- コロナワクチン接種について
 - 接種回数 (回) 最後に接種した年月 (年 月)
 - 最後に接種したワクチンの種類 (ファイザー ・ モデルナ ・ その他)
- 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？
 - ない ある () …お薬手帳をお持ちの方はスタッフにお渡してください。
- 薬や食べ物のアレルギーはありますか？
 - ない ある ()
- (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい いいえ

入力者サイン ()