

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 ( )