

# 発熱外来 問診票

体温：\_\_\_\_\_ ID:\_\_\_\_\_

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に保管し、診療行為のみに使用致します 令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平 年 月 日生		
お名前	様		( 歳)		
ご住所	〒	電話	自宅		
			携帯		

該当する症状にチェックをお願いいたします  無症状

発熱 ( \_\_\_\_\_ °C)  倦怠感  咽頭痛  咳  たん  鼻水・鼻づまり

息切れ  食欲低下  筋肉痛  関節痛  頭痛  下痢

味覚障害  嗅覚障害 その他 ( \_\_\_\_\_ )

日付	症状・経過	日付	行動歴
例 ○/×	咽頭痛 出現	○/□	3日前に友人らとカラオケに行った

過去2週間以内の外出について教えてください

不特定多数が集まる換気の悪い場所にでかけた  はい  いいえ

はいの場合：場所について 外食、屋内遊戯施設、スポーツジム、イベント、サークル活動、旅行、その他思い当たる場所 ( \_\_\_\_\_ )

それはいつですか？： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

過去2週間以内に新型コロナウイルス陽性の人と接触がありましたか？

接触した日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日・接触した場所 ( \_\_\_\_\_ )

接触者との関係：家族・職場・知人・その他 ( \_\_\_\_\_ )

過去2週間以内に保健所から新型コロナウイルス濃厚接触者と確定されましたか？

はい  いいえ

新型コロナウイルス接触者アプリ (COCOA) にて通知を受けましたか？

はい  いいえ

現在治療中の病気、または状態はありますか？

高血圧  糖尿病  肺疾患 (肺気腫・肺癌)  狭心症/心筋梗塞  不整脈

癌  脳梗塞  喘息  妊娠中  その他 ( \_\_\_\_\_ )

煙草は吸いますか？

吸わない  吸う 1日 ( \_\_\_\_\_ ) 本 やめた ( \_\_\_\_\_ ) 年前に

ご協力ありがとうございます。

石倉内科クリニック