

# 発熱患者問診票

問診は表裏あります。赤字欄はすべて記入してください。 西暦 年 月 日

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |          |          |   |         |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|----------|---|---------|
| フリガナ       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       | 生年月日（西暦） | 年        | 月 | 日       |
| 氏 名        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (男・女) | 電話番号     |          |   |         |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       | 携帯番号     |          |   |         |
| 住 所        | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |          |          |   |         |
| 現住所        | <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 同上以外         〒                                                                                                                                                                                                                                                 |       |          |          |   |         |
| 職 業        | <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 福祉施設関係者 <input type="checkbox"/> 警察関係者 <input type="checkbox"/> 消防関係者 <input type="checkbox"/> 学校関係者<br><input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ ） |       |          |          |   |         |
| 勤務先<br>学校名 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       | 勤務地      | 都道<br>府県 |   | 市町<br>村 |
| 国 籍        | <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 日本以外         国名（ ）                                                                                                                                                                                                                                             |       |          |          |   |         |
| 緊急<br>連絡先  | 連絡先の氏名（ ）<br>連絡先電話番号（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |          |          |   |         |

|     |      |      |         |     |         |      |      |
|-----|------|------|---------|-----|---------|------|------|
| 症 状 | 発熱   | なし   | あり（最高体温 | 度）  | 嘔気・嘔吐   | なし   | あり   |
|     |      | いつから | 月       | 日～  |         | いつから | 月 日～ |
|     | 咳    | なし   | あり      |     | 下痢      | なし   | あり   |
|     |      | いつから | 月       | 日～  |         | いつから | 月 日～ |
|     | 鼻汁   | なし   | あり      |     | 結膜炎     | なし   | あり   |
|     |      | いつから | 月       | 日～  |         | いつから | 月 日～ |
|     | 息苦しさ | なし   | あり      |     | 嗅覚・味覚障害 | なし   | あり   |
|     | いつから | 月    | 日～      |     | いつから    | 月 日～ |      |
| 倦怠感 | なし   | あり   |         | 咽頭痛 | なし      | あり   |      |
|     | いつから | 月    | 日～      |     | いつから    | 月 日～ |      |
| 頭痛  | なし   | あり   |         | 関節痛 | なし      | あり   |      |
|     | いつから | 月    | 日～      |     | いつから    | 月 日～ |      |
| その他 | （ ）  |      |         |     |         |      |      |
|     | いつから | 月    | 日～      |     |         |      |      |

|                  |                                                                                                                                                                 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 新型コロナウイルスワクチン接種歴 |                                                                                                                                                                 |
| 接種回数             | 回                                                                                                                                                               |
| 直近のワクチン接種年月日     | 年 月 日                                                                                                                                                           |
| 直近のワクチンの種類       | <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> ノババックス<br><input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> アストラゼネカ |

- 周囲に新型コロナウイルス感染症と診断された方はいますか  
☐なし      ☐あり      (いつ頃ですか      月      日ごろ)  
 \*ありと答えた方      その方とは同居していますか  
☐なし      ☐あり      (☐配偶者      ☐子供      ☐親      ☐その他)
- 周囲に同じ症状の人はいますか  
☐なし      ☐あり      (☐家族      ☐その他)
- 人が集まるような場所に行きましたか  
☐なし      ☐あり      (いつ頃ですか      月      日ごろ)
- 他県や海外へ出かけましたか  
☐なし      ☐あり  
 \*ありと答えた方      いつごろどこへ出かけましたか  
 地名：(      ) 時期：      年      月      日～      月      日
- アレルギーはありますか  
☐なし      ☐あり      (      )
- 治療中のご病気、または該当する項目はありますか  
☐悪性腫瘍   ☐慢性呼吸器疾患(COPD 等)   ☐喘息   ☐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(高コレステロール血症等)  
☐肥満(BMI30 以上) ☐臓器移植   ☐免疫抑制剤の使用   ☐抗がん剤の使用   ☐妊娠  
☐認知症   ☐透析治療中  
☐その他(      )
- 現在、服用、または使用しているお薬はありますか  
☐なし      ☐あり【☐当院での処方薬      ☐他での処方(      )】
- 現在、喫煙はしていますか  
☐なし【これまでの喫煙歴：☐あり      (      )年間喫煙していた      (      )本/日】  
☐あり      喫煙期間(      )年      (      )本/日
- 【女性の方へ】妊娠中または妊娠の可能性はありますか  
☐なし      ☐あり      (      )ヶ月
- 今回の症状で、他院を受診されましたか  
☐なし      ☐あり      (      月      日ごろ)
- 解熱鎮痛剤の服用はしましたか  
☐なし      ☐あり      薬品名(      )

**当院記載欄**

|      |   |                  |  |    |  |
|------|---|------------------|--|----|--|
| 体温   | ℃ | SPO <sub>2</sub> |  | 脈拍 |  |
| 特記事項 |   |                  |  |    |  |