

ID : \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

年齢 : \_\_\_\_\_

**発熱外来 問診票**

検査結果 : 陽性 陰性

体温 \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_

① 名前 \_\_\_\_\_ フリガナ \_\_\_\_\_

② 10時から17時までに連絡のつく電話番号 \_\_\_\_\_

③ 職業 (具体的に 営業職・看護師など) \_\_\_\_\_

④ 現在の症状について、以下のに✓してください。

症状はない

発熱 せき 息切れ 全身けん怠感 頭痛 下痢

嘔気/嘔吐 味覚がない 臭覚がない 咽頭痛

その他の症状 (具体的に) \_\_\_\_\_

⑤ 最初に症状が出現した時期 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

⑥ 感染した日時、場所に心当たりはありますか？

あれば分かる範囲で書いてください。(例：2月5日 居酒屋 東村山市)

(日付) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (場所) \_\_\_\_\_

(市区町村) \_\_\_\_\_

⑦ 新型コロナワクチン接種歴

接種回数 \_\_\_\_\_ 回

最後の接種日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

最後に接種したワクチン ファイザー モデルナ その他 \_\_\_\_\_

⑧ 今までにかかった病気・状態について、以下のに✓してください。

悪性腫瘍 (がん) 慢性呼吸器疾患 (COPD/間質性肺炎など)

慢性腎臓病 心臓の病気 脳梗塞または脳出血 高血圧症

糖尿病 脂質異常症 (高コレステロール血症) 妊娠 喫煙歴

肥満 (BMI30 以上) 免疫抑制状態 (臓器移植や抗がん剤治療など)

その他 \_\_\_\_\_

.....  
【医師記入欄】 抗原検査結果確認時刻 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分