

診療日：

発熱外来問診票

ID：

フリガナ：	生年月日：	年	月	日	(歳)
氏名：	男 ・ 女				
住所（居住地）：〒					
ご本人連絡先（携帯電話番号が望ましい）：					
緊急時ご本人様以外の連絡先：			続柄（お名前）： ()		
保護者氏名：		続柄：			

症状について記入してください

いつからどのような症状か記入して下さい	
風邪症状はいつからですか？	①12時間以内 ②12時間以上前 ③24時間以上前
最高体温を記入してください。	月 日 時頃 °C
咳症状について	①咳症状はない ②睡眠を妨害しないが咳がある ③睡眠を妨害する咳症状
倦怠感について	①倦怠感はない ②倦怠感はあるがひどくない ③倦怠感がひどく生活に悪影響
頭痛について	①頭痛はない ②頭痛はあるがひどくない ③頭痛がひどく生活に悪影響
嘔気について	①嘔気なし ②嘔気はあるが水分は取れる ③嘔気がひどく水分摂取困難
下痢について	①下痢はない ②下痢症状はあるが水様ではない ③水様の下痢症状
嗅覚/味覚障害について	①障害なし ②味覚/嗅覚はあるがひどくない ③味覚/嗅覚がひどく感覚が無い
咽頭痛について	①痛みはない ②痛みはあるが水分はとれる ③水分摂取が困難な痛み
腹痛について	①腹痛なし ②腹痛はあるがひどくはない ③腹痛がひどく生活に悪影響
悪寒について	①悪寒はない ②悪寒はあるがひどくない ③悪寒がひどく生活に悪影響
お薬について	①現在お薬は服用していない ②市販薬を服用中 ③処方薬を服用中
コロナ陽性者との接触	①思い当たる接触無し ②陽性者と1時間以上一緒に過ごした ③同居人が陽性
インフル陽性者との接触	①思い当たる接触無し ②陽性者と1時間以上一緒に過ごした ③同居人が陽性
ウイルス不明者との接触	①思い当たる接触無し ②発熱者と1時間以上一緒に過ごした ③同居人が発熱
コロナ感染歴	①過去に感染がある (年 月頃) ・ ②コロナ感染歴はなし
→①過去に感染があると回答された方・・・ ①コロナ治療薬を服用した (ゾコーバ・パキロビット・ラゲブリオ・不明) ・ ②服用なし	
コロナワクチン接種歴：	回 最終接種日 年 月頃 ファイザー/モデルナ ・ 接種歴なし
インフルワクチン接種歴：	年 月頃 ・ 接種歴なし
妊娠・授乳について	①妊娠の可能性はない ②妊娠の可能性はある ③現在授乳中である

職員記入欄：記入しないでください

検査内容：	抗原検査 ・ PCR (外注) ・ PCR (自院) ・ キット持参陽性
酸素飽和度：	% 入院の必要性：有 ・ 無 重症度：軽症・中等症Ⅰ・中等症Ⅱ・重症
診断年月日：	発病年月日： 判定結果
療養期間：	月 日 ~ 月 日療養解除 コロナ陽性・インフル陽性・陰性