

診療日：

発熱外来問診票

ID：

| | | | | |
|-------------------------------------|-----------|---------|-----|---|
| フリガナ： | 生年月日：（西暦） | 年 | 月 | 日 |
| 氏名： | 男・女 | 保護者氏名： | 続柄： | |
| 住所（居住地）：〒 | | | | |
| ご本人連絡先（携帯電話番号が望ましい）： | | | | |
| 職業及び職種： | / | 妊娠の可能性： | 有 | 無 |
| ご本人様以外の連絡先： | | | 続柄： | |
| 同居人：有・無（有と回答された方は、同居人の氏名・続柄をご記入下さい） | | | | |

症状

※該当するものに○を付けて下さい

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------|----------------------|---|-----------------|------|-----------|--------|---|
| ・発熱 | 月 | 日 | 時頃より | ℃ | ・咳 | ・倦怠感 | ・頭痛 / 咽頭痛 | ・吐気/嘔吐 | 回 |
| ・下痢 | 回 | ・嗅覚/味覚障害（有 / 無） | | | ・陽性者との接触（有 / 無） | | | | |
| その他症状がある方はご記入ください | | | | | | | | | |
| 陽性者と接触の概要 | | | | | | | | | |
| ワクチン歴：あり・なし（ありと回答された方は下記の項目を記入してください） | | | | | | | | | |
| 1回目： | 月 | 日 | メーカー：ファイザー・モデルナ・他（ ） | | | | | | |
| 2回目： | 月 | 日 | メーカー：ファイザー・モデルナ・他（ ） | | | | | | |
| 3回目： | 月 | 日 | メーカー：ファイザー・モデルナ・他（ ） | | | | | | |

下記の疾患と診断されている、またはあてはまるものに○を付けて下さい

| | | | | | |
|-----------------|-----------------|--------|---------------|----------------|-----------------|
| ・悪性腫瘍（がん） | ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） | ・慢性腎臓病 | ・高血圧（薬を飲んでいる） | | |
| ・脂質異常症（薬を飲んでいる） | | | | ・糖尿病（薬を使用している） | ・高脂血症（薬を使用している） |
| ・喫煙歴 | | | | あり | なし |

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）・みなし陽性（検査なし） | | | |
| 検査対象：行政検査・自費検査 | 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 | 免疫抑制剤・抗がん剤等の使用：有・無 | | |
| 電話再診及びみなし陽性の場合チェックしてください <input type="checkbox"/> 同居陽性者の続柄： | | | |
| 診療メモ | | | |
| 初診年月日： | | | |
| 診断年月日： | | | |
| 発病年月日： | | | |
| 感染したと推定される日： | | | |