発熱・感冒外来問診票

受診日 時間	／　　：
連絡先 TEL	

受診時の体温：　　℃　　**酸素飽和度：**　　%

ID　　医師サイン　　看護師サイン

氏名：	☐男　☐女	**生年月日:**

経過

症状	☐ 発熱（最高　　℃）　☐ せき　☐ 息苦しさ　☐ だるさ　☐ 頭痛　☐ 関節痛　☐ 鼻水・鼻づまり ☐ のどの痛み ☐ 味覚・嗅覚の異常　☐腹痛　☐ 下痢　☐ 吐き気・おう吐 ☐ 目やに・目の充血
新型コロナワクチン接種	☐ 未接種　　☐ 接種済　➡（接種回数　　回)回
新型コロナ検査の希望	☐ 不要　　☐ 相談して決めたい
新型コロナ検査後の方は検査日とその結果をお知らせください	月　　日に検査（☐ 抗原検査/☐ PCR 検査） 結果　☐ 陰性　　☐ 陽性
1 週間以内の感染者との接触	☐ なし　　☐ あり
治療中の病気 ☐ なし　　☐ あり　➡	☐ 悪性腫瘍・がん　☐ 慢性呼吸器疾患・肺気腫　☐ 慢性腎臓病　☐ 心臓病 ☐ 脳卒中・脳梗塞　☐ 高血圧　☐ 糖尿尿　☐ 脂質異常症 ☐ 臓器移植・免疫抑制剤・抗がん剤等の使用 その他〔　　〕
過去にかかった大きな病気 ☐ なし　　☐ あり　➡	病名　〔　　〕
薬・食べ物のアレルギー ☐ なし　　☐ あり　➡	該当する薬や食べ物の名前 〔　　〕
喫煙　☐ なし　☐ あり　☐ やめた（　　まで）　（　　）本/日　×（　　）年	
妊娠　☐ なし　☐ あり　**授乳**　☐ なし　☐ あり　➡（　歳　ヶ月）	

明理会東京大和病院　　令和 5 年 5 月 25 日作成