

発熱問診票

ID	来院時間	時	分	身長	体重
フリガナ 名前	薬の副作用	無	有()		
	アレルギー	無	有()		
生年月日	年	月	日	本人様携帯番号	家族(続柄) お名前・携帯番号
年齢	歳	男	女		
来院手段	車	公共交通機関	他()	住所	
本日予約の科はありますか?	はい	いいえ			
1 いつからの熱ですか? 月 日から 最高(度)					
2 以下の症状はありますか? 特になし 咳 痰 呼吸苦 だるさ 味覚障害 嗅覚障害 咽頭痛 鼻水 関節痛 頭痛 下痢 嘔吐 その他()					
3 以下の場所に2週間以内に行きましたか? はい いいえ カラオケ 飲み会 市内 パチンコ ライブ・コンサート 海外 部活 その他大勢の集まる場所					
4 ご自身のまわり(職場や学校・家族)に発熱している方はいますか? あり(家族 職場 学校) なし					
5 ご自身のまわり(職場や学校・家族)にPCR検査をした方はいますか 陽性 陰性 不明 あり(家族 職場 学校) なし					
6 通勤・通学手段は何ですか? 電車 バス 自家用車 自転車 徒歩 その他()					
7 学校や職場はどこですか? 具体的な職業内容を教えてください。 (市) 職業内容()					
8 コロナワクチンを接種しましたか? はい (1回目終了した日にち 2回目終了した日にち 3回目終了した日にち) いいえ					
10 今回の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか? はい いいえ					
11 保健所に連絡しましたか? はい いいえ					
その他					
内服中の薬はありますか? はい(当院・他院) いいえ 薬手帳持参 有 無					
今まで大きな病気をされたことはありますか? はい いいえ					
タバコについて 吸う(1日 本) 吸わない 禁煙した(頃から)					
女性の方のみ 妊娠していますか? はい いいえ 可能性がある 授乳していますか? はい いいえ					
ここから下は病院スタッフが記入します				濃厚接触者 はい いいえ 不明	
待機場所 車 救急部待合 救急5診 救急処置				本日家族が発熱外来受診 あり(人) なし	
体温 度 血圧 / mmhg 脈拍 回/分 Spo2 %					医療者サイン