発熱外来問診票

※できるだけ詳しくご記入ください。

陽性の時は詳しく保健所に届けますので、「発生届」が必要な時は詳しく記載しませんと保健所からの連絡が遅れます。連絡が後回しになるかもしれません。持病の方は詳しくご記入ください。

下記にご記入または☑をお入れください。

■ 記入日：西暦　　年　　月　　日

■ 氏名：　　（フリガナ　　）性別：男 □ / 女 □

■ 生年月日: 西暦　　年　　月　　日　　年齢（　　歳　　ヵ月）

■ 職業：

■ 勤め先又は学校名：

■ ご自宅住所：（〒　　ー　　）

■ 携帯電話番号：（　　ー　　ー　　）その他連絡先：（　　）

■ 今回どのような経過でお越しになられましたか？

保健所より紹介 □　症状があり自分で □　会社濃厚接触 □　家族内感染？ □

■ 濃厚接触の場合は下記に記入してください。

１．いつ：　　月　　日　　２．どこで：

３．誰から：家族？□　友達？□　同僚？□（その他　　）

■ 熱（　　度）具体的に　　月　　日から　　月　　日まで

現在も発熱ありますか？　いいえ □ / はい □　　度

■ 症状

・咳　ない□ / ある□　　月　　日から　　月　　日まで

・下痢　ない□ / ある□　　月　　日から　　月　　日まで

・倦怠感　ない□ / ある□　　月　　日から　　月　　日まで

・息苦しさ　ない□ / ある□　　月　　日から　　月　　日まで

・味覚障害　ない□ / ある□　　月　　日から　　月　　日まで

・臭覚障害　ない□ / ある□　　月　　日から　　月　　日まで

■ 現在治療している疾患　ない□

ある□　（病名　　）

（病名　　）

（病名　　）

■ 現在服用中の薬名：

■ コロナワクチン接種済みですか？　いいえ □ / はい □（１回目 □　２回目 □）

※陽性者の方には連絡時にワクチンのメーカーと接種日などを伺います。

■ 女性の方で妊娠中ですか？　いいえ □ / はい □　（妊娠　　ヵ月　　日目）

■ 現在持病はありますか？　いいえ □ / はい □

糖尿病□ 慢性肺疾患□ 喘息□ 肥満□ 糖質異常□ 高血圧□ 悪性腫瘍□ 喫煙歴□

※わかる範囲で詳しくご記載ください。