

問診票（発熱患者様用）

記入日：令和 年 月 日

氏名	(女・男)	ふりがな	
生年月日	年 月 日 () 歳		
住所	〒() -		
携帯電話番号		緊急連絡先	
来院手段	車 自転車 徒歩 (分)		

身長	cm	体重	kg	本身体温	°C	症状発現時期	月 日 ~
症状 (該当欄に○)	発熱 頭痛	咳 倦怠感	咽頭痛 その他 ()	鼻水	呼吸苦	味覚・嗅覚異常	下痢 嘔気・嘔吐 腹痛

● 新型コロナワクチン接種歴 (F:ファイザー、M:モデルナ、E:その他)

1回目	年 月 日	F・M・E	2回目	年 月 日	F・M・E
3回目	年 月 日	F・M・E	4回目	年 月 日	F・M・E
5回目	年 月 日	F・M・E			

● 2週間以内に新型コロナ感染症を疑う方と接触しましたか？	いいえ ・ はい	濃厚接触者	該当する ・ しない
誰といつ頃			
● 2週間以内の渡航歴はありますか？	いいえ ・ はい	地名/国名	
● 渡航歴のある方との接触はありましたか？	いいえ ・ はい	いつ頃	
● この症状について他の医療機関を受診しましたか？	いいえ ・ はい	病院/医師名	
● 慢性の病気で現在治療を受けていますか？	いいえ ・ はい		
病名 (該当欄に○)	悪性腫瘍 臓器移植	慢性呼吸器疾患 免疫抑制剤	慢性腎臓病 抗がん剤などの使用
内服薬	心血管疾患 脳血管疾患 高血圧 糖尿病 脂質異常症 その他免疫機能低下		
● 過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか？	いいえ ・ はい		
病名/年月日			
● 市販薬の服用はありますか？	いいえ ・ はい	薬名	
● 過去に飲み薬や注射でアレルギー（発疹、気分が悪いなど）おこしたことがありますか？	いいえ ・ はい		
薬名/症状			
● お酒を飲みますか？	飲まない ・ 飲む ・ 禁酒した () 年前から		
回数と量			
● タバコは吸いますか？	吸わない ・ 吸う ・ 禁煙した () 年前から		
吸う本数	1日： () 本、喫煙歴 () 年間		

女性にお尋ねします（差し支えない範囲でお答えください）。

● 現在妊娠中ですか？	いいえ ・ はい ・ 可能性がある ・ 不明
出産予定日	
● 現在授乳中ですか？	いいえ ・ はい

◆ 当院記入欄

受付番号		受付時間	:	
カルテNo		来院時体温	°C	
備考				