

発熱外来・当日受診患者 問診票

ID: _____ 氏名: _____ 生年月日: T・S・H・R
_____年 月 日 歳
TEL(携帯): _____ (誰の携帯ですか: _____)
車: _____ 現在の熱: _____

【接触歴】 はい、いいえのどちらかに○をつけてください

周囲にCOVID-19陽性者または有症状者がいる	いいえ・はい
同居家族にCOVID-19陽性者がいる	いいえ・はい
メモ:	

【ワクチン接種歴】 ワクチンの最終接種日、回数を記入ください

COVID-19 ワクチン接種回数	()回 最終(年 月 日)
最終のワクチンの種類	ファイザー・モデルナ・ノババックス・不明

【症状】 当てはまる症状に○をつけてください

いつからどんな症状が出ましたか				
最も高い時の熱は何度ですか	℃	咳	だるさ	
息苦しさ(SpO2 %)	頭痛	吐き気	嘔吐	
下痢	結膜炎	嗅覚障害・味覚障害	咽頭痛	

【妊娠していますか】 いいえ・不明・はい(週)

【アレルギーはありますか】 いいえ・はい()

【タバコを吸っていますか
昔、吸っていましたか】 いいえ・はい(本を 年間)

【現在治療中の病気として当てはまるものに○をつけてください

高血圧・脂質異常症・高度慢性腎臓病・臓器移植後
65歳以上・悪性腫瘍の治療中・心血管疾患・慢性呼吸器疾患(気管支喘息含む)
糖尿病・HIV・免疫抑制剤内服(ステロイド含む)・血液移植・骨髄移植

身長: _____ cm 体重: _____ kg