**発熱外来 問診票** 受診日：R 年 月 日新型コロナウイルスの感染拡大を防ぐ為、問診票のご記入をして頂いております。

ご理解、ご協力の程、宜しくお願い致します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当院受診歴 | | あり ・ なし | | 性 | 別 | 生 年 月 日 | |  | 年　齢 | | |
| ふりがな  氏 名 | |  | | 男 ・ 女 | | 西暦 | 年 　月 　　日 | 歳 | | | |
|  | |
| （保護者氏名） | |  | | 体温 | 度 | 体 | 重（14歳以下のみ）： | |  |  | ｋｇ |
| 住 | 所 | 〒 － | | | | | | | | | |
| 日中連絡の  とれる電話 | | 自宅・携帯・勤務先・その他（  — — | ） |  |  |  |  | |  |  |  |

（

以下の質問にお答えください

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **症状** | **1** | 熱はいつからありますか？ | □ なし | | □ あり （□ 本日から / □ 日前から（最高 度） | |
| **2** | 下記に該当する症状がありますか？ | | 該当する症状をチェックしてください。 | | |
|  | □ 該当する症状なし | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  | □ 鼻水 □ 喉の痛み □ 咳 □ 頭痛 | | □ 吐き気 □ 筋肉痛 □ 下痢 □ 腹痛 □ 倦怠感 | | |
|  | □ 息苦しさ □ 息切れ □ 味覚異常 | | □ 嗅覚異常 □ 食欲不振・低下 □ めまい □ ふらつき | | |
| **3** | その他、気になる症状はありますか？ | | | □ いいえ | □ はい（ ） |
| **接**  **触** | **4** | 最近、人の多い所へ行きましたか？ | | | □ いいえ | □ はい いつ・どこへ（ ） |
| **5** | 最近、他県への移動はありますか？ | | | □ いいえ | □ はい いつ・どこへ（ ） |
| **6** | 14日以内に感染者と接触しましたか？ | | | □ いいえ | □ はい いつ・どこへ（ ） |
| **基**    **本**    **情**    **報** | **7** | 現在治療中の病気はありますか？ | | | □ いいえ | □ 糖尿病 □ 呼吸器疾患 □ 腎疾患  □ はい □ 心疾患 □ 免疫抑制剤 □ 高血圧  □ 抗がん剤 □ その他（ ） |
| **8** | 現在、内服中のお薬はありますか？  ※お薬手帳をお持ちの方は提示下さい | | | □ いいえ | □ はい  薬の名前： |
| **9** | 過去に大きな病気や手術の経験はありますか？ | | | □ いいえ | □ はい（ ） |
| **10** | 喫煙歴はありますか？ | | | □ いいえ | □ はい 1日（ ）本 × 喫煙歴（ ）年 |
| **11** | 女性の方：妊娠中もしくは授乳中ですか？ | | | □ いいえ | □ はい（ □ 妊娠中 / □ 授乳中 ） |
| **12** | アレルギーはありますか？ | | | □ いいえ | □ はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| **その他** | **13** | 直近の新型コロナのワクチン接種は？ | | | □ なし | □あり 　 回目 (接種日：R 年 月 日） |
| **14** | その他、聞きたい事、伝えたい事。 | | |  | |
|  | |
|  |  |  | | |  | |
|  | | | | | | |

※当クリニックは個人情報保護に取り組んでおります。ご記入頂いた問診票は診療以外の目的には使用しません

ほりうち在宅クリニック