

発熱専用問診票

記入日 令和 年 月 日 連絡先は必ず連絡がつく番号をおねがいします（2つでも可）

フリガナ		生年月日	/	/	歳	男	・	女
お名前								
ご住所								
連絡先	記入者	□本人 □本人以外（ ）						

該当項目の□にチェックを入れてください。

◆本日はどうされましたか？

- 体温（ °C） □咳が出る □痰がからむ □息苦しい □だるい
- のどが痛い □おなか痛い □寒気がする □嗅覚がない □味覚がない
- 食欲がない □頭痛 □身近に発熱患者がいる □その他（ ）

◆症状はいつからですか？ ころから

◆現在治療中の病気、または、過去に治療を受けた大きな病気はありますか？（できるだけ正確に）

- ない □ある ありとお答えの方は、具体的にお答えください。
- 糖尿病 □高血圧 □前立腺肥大症 □心臓疾患 □喘息
- その他 アレルギーなど（ ）

◆服用中のお薬はありますか？ □ない □ある（ ）

◆(女性のみ)妊娠中または授乳中ですか？ □妊娠（ ヶ月） □妊娠していない □授乳中

◆感染症指定医療機関に入院が必要な場合、貴重な情報ですのでできるだけ詳しくお書きください。