

問診票 1

受理日： 月 日 受理時間： 午前 午後 時 分

受理番号： 受理者： AIコールNo. :

発熱外来 問診票

記入者：（本人・家族・同居人・知人）

診察後は車でお待ちください。会計は、担当者がお車までまいります。

車のNo( ) 車種( ) 色( )

氏名 イニシャル	性別 男・女	年齢	歳
住所 イニシャル	身長	ほぼ	cm
自宅Tel ( ) -	携帯Tel	体重	ほぼ kg
職業	1.会社員 2.公務員 3.自営業 4.自由業 5.専業主婦(夫) 6.学生 7.パート・アルバイト 8.無職		
(女性のみ) 妊娠およびその可能性はありますか？ いいえ・わからない・はい( 週目)			
・最近3か月間で海外に行きましたか？ いいえ・ <u>はい(下に記入、できるだけ詳しく都市名まで</u> 月(上・中・下)旬 渡航先( )			
・最近1か月以内で、「感染症」にかかったことがありますか？ いいえ・ <u>はい(下に○と記入)</u> 1)インフルエンザ 2)嘔吐下痢症 3)いわゆる感冒 4)その他( )			
・新型コロナウイルス感染者と接触したことがありますか？ いいえ・わからない・ <u>はい(下に)</u> <u>最初に会ったのは 令和2年 月 日 最後は 月 日</u>			
・親族や友人等で感染者と接触したり、流行地へ行った方はいますか？ いいえ・わからない・ <u>はい</u>			
・近親者や同居者に発熱等を発症した方がおられますか？ いいえ・わからない・ <u>はい</u>			
今回体調不良を感じたのは？ 月 日頃から	最初の症状が出た日の 2週間前から本日までの医療機関を受診は？ ない 不明 ある ↓		
下の[現在の自覚症状]のうち 最初の症状が出たのは？ 月 日 から	医療機関名 ( ) ( ) ( )		
[現在の自覚症状] あるもの全てに○をして下さい 1. 発熱 °C 月 日から 2. 倦怠感 3. 食欲不振 4. 痰の出るせき 5. 空せき 6. 臭いと味覚の異常 7. <u>呼吸困難(息切れ、息が荒い等)あり・なし</u> 8. 咽頭痛 9. 頭痛 10. 下痢 11. 吐き気 12. おう吐 13. 腹痛 14. 筋肉痛□ 15. その他( )	ここ数日、症状はひどくなってきましたか？ はい・多少は・いいえ		
	現在治療中の病気の全てに○をして下さい 0. なし 6. 慢性肺気腫 12. HIV 1. 高血圧 7. 慢性腎臓病 13. 喘息 2. 心臓病 8. 透析治療 14. その他 3. 糖尿病 9. 慢性肝疾患 4. 抗がん剤治療 10. 関節リウマチ 5. 脳血管疾患 11. 膠原病		