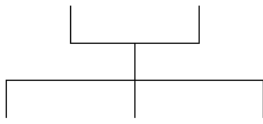


## 【発熱外来問診表】

氏名	生年月日 西暦			年	月	日
電話番号①	—	—	( )	電話番号①	—	— ( )
発熱	( 月 日)より、最高で( )°C( 月 日)・なし					
倦怠感	なし	あり	頭痛	なし	あり	
鼻水、鼻づまり	なし	あり	のどの痛み	なし	あり	
息苦しさ	なし	あり	咳	なし	あり	
味覚・嗅覚異常	なし	あり	下痢	なし	あり	
その他(具体的に)						

以下の質問で「あり」の場合は、右側の項目を記入してください

会食(同居者以外との食事)・ イベントへの参加	なし	あり	月	日	人数・参加者など ( )	
周囲に発熱している人や コロナ感染者の有無	なし	あり	いつから	月	日 誰が ( )	
家族構成 (同居家族を○で囲ってください)	/					
職業・勤務先・学校名など	/		( )			
海外渡航歴または渡航者との接触	なし	あり	( )			
発熱センター・保健所・他院や クリニックからの紹介	なし	あり	/			
コロナ陽性と診断されたことがある	なし	あり	年	月	日	
新型コロナウイルスワクチン接種歴	なし	あり	接種日	ワクチン名		
			1回目	年	月	日 ( )
			2回目	年	月	日 ( )
			3回目	年	月	日 ( )
今日の来院方法 : 電車 バス タクシー 車 自転車 徒歩						