

発熱外来問診票

フリガナ		生年月日（西暦）	年齢
氏名		年 月 日	満 歳
住所	〒		
電話番号		身長	体重

<職業> _____

<症状>

・当てはまるものに✓をして下さい。

- 発熱 °C 鼻水 咳・たん のどの痛み
だるさ（倦怠感） 頭痛 関節痛 嘔気/嘔吐 下痢
嗅覚・味覚障害 息苦しさ その他

・それぞれの症状はいつからですか？ _____

<重症化リスク>

・以下に当てはまるものに✓をして下さい。

- 肥満 BMI ≥ 30 糖尿病 脂質異常症 高血圧
慢性腎臓病 喫煙歴 慢性閉塞性肺疾患（COPD）
悪性腫瘍（がん） その他（ ）

<コロナワクチン接種歴>

1回目： 月 日(ファイザー・モデルナ) 2回目： 月 日(ファイザー・モデルナ)

3回目： 月 日(ファイザー・モデルナ)

<感染原因・経路・地域>

コロナ陽性者との接触はありましたか？ いいえ はい

外食・会食・帰省・旅行・出張・海外渡航などありましたらご記入下さい。

場所： _____ いつ： _____

<※女性の方へ> 妊娠の可能性はありますか？ なし あり（ 週）