

発熱・感染外来 問診票 (月 日)

スタッフが記載します(ここには何も記載しないでください)

ID		体温	℃	SpO2	%
COVID-19	☐ 抗原 ☐ PCR ☐ 未実施	結果	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 検査確認		
Flu	☐ 抗原 ☐ 未実施	結果	☐ 陰性 ☐ A陽性 ☐ B陽性 ☐ 臨床判断		
		☐ 陽性 ☐ 陰性			

基本情報を正しく記載下さい(受診者が記載)

ふりがな		性別	生年月日(西暦で)	年齢
氏名		男・女	年 月 日	歳
(保護者氏名)		身長	cm, 体重	kg
住所	〒 ー			
電話番号	(携帯電話)		職 業	
車で来院の方	車種	ナンバー(4桁)		

以下の質問にお答え下さい(受診者が記載)

症 状	1	発熱はありますか？ ☐ なし ☐ はい (日前から (最高 ℃))
	2	下記(3)の症状が最初に出たのはいつですか？ 月 日, あるいは 日前から
	3	現在ある症状にチェック(レ)をしてください ☐ のど痛 ☐ せき ☐ たん ☐ はなみず ☐ 頭痛 ☐ 寒気 ☐ 倦怠感(だるさ) ☐ 息苦しさ ☐ 味覚・嗅覚異常 ☐ 下痢・腹痛 ☐ 症状はない ☐ その他()
接 触 ・ 既 感 染	4	1週間以内にコロナに感染した人との接触がありましたか？ ☐ いいえ ☐ はい だれ？ ()
	5	過去1年以内に新型コロナウイルスに感染したことがありますか？ ☐ いいえ ☐ はい いつ頃？ ()
	6	1週間以内にインフルエンザに感染した人と接触がありましたか？ ☐ いいえ ☐ はい いつ頃？ ()
基 礎 疾 患 等	6	現在治療中の病気はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓疾患 ☐ 腎臓疾患 ☐ 呼吸器疾患 ☐ がん ☐ 他()
	7	現在、内服中のお薬は？ (お薬手帳を提示ください) ☐ いいえ ☐ はい ()
	8	喫煙歴はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい (1日 本 x 年)
	9	女性の方、妊娠/授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい (☐ 妊娠中 ☐ 授乳中)

まつながファミリークリニック