

ID:

発熱患者さま問診票（きのしたクリニック）

記入日： 年 月 日

新型コロナウイルスの感染拡大を防ぐため、問診票のご記入をして頂いています。ご理解・ご協力のほど、宜しくお願いいたします。

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			西暦 年 月 日
住所	〒		
電話番号	（日中連絡の取れる番号）自宅・携帯・勤務先・その他		
職業		体重	kg
当院受診歴	あり ・ なし		

以下の質問にお答えください。

熱はいつからありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> はい（ <input type="checkbox"/> 本日から <input type="checkbox"/> 日前から（最高 度）
該当する症状はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> その他（ ）	
最近、人の多い所に行きましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい いつ・どこへ（ ）
最近、他府県への移動がありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい いつ・どこへ（ ）
10日以内に感染者と接触しましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい いつ・どこへ（ ）
最近、海外に渡航されましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい いつ・どこへ（ ）
現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他
現在内服中のお薬はありますか？ （薬手帳のある方は提示ください）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 薬の名前：
過去に大きな病気や手術をされましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（ ）
喫煙歴はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 1日（ ）本×（ ）年
女性の方へ：妊娠中または授乳中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（ <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中）
新型コロナウイルスワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目（令和 年 月 日接種）
		<input type="checkbox"/> 2回目（令和 年 月 日接種）
		<input type="checkbox"/> 3回目（令和 年 月 日接種）