

発熱外来問診票

お名前：_____ 職業：_____ 来院時体温：_____℃

1. 症状について教えてください。「あり」の場合は、症状が出始めたのが何日前からかご記入ください

発熱	なし・あり（ _____ 日前）	咳	なし・あり（ _____ 日前）
息苦しさ	なし・あり（ _____ 日前）	のどの 痛み	なし・あり（ _____ 日前）
鼻汁 鼻閉	なし・あり（ _____ 日前）	強い だるさ	なし・あり（ _____ 日前）
頭痛	なし・あり（ _____ 日前）	味覚嗅覚 障害	なし・あり（ _____ 日前）
嘔気 嘔吐	なし・あり（ _____ 日前）	下痢	なし・あり（ _____ 日前）
その他の 症状	_____（ _____ 日前）		

2. 上記1の症状に対して、お薬を使用しましたか？

していない ・ した（薬品名： _____ 使用開始日： _____）

3. 2週間以内の行動・接触状況を教えてください

海外渡航	あり（ 国名： _____ 滞在期間： _____ 月 _____ 日から _____ 日間）・ なし
県外移動	あり（ 場所： _____ 移動日： _____ ）・ なし
同居者の 健康状態	受診5日以内に感染症にかかった方 _____ いる（診断名： _____ ）・ いない

4. 基礎疾患・内服の有無を教えてください。「あり」の場合、該当疾患に○印をつけてください

・基礎疾患 なし ・ あり

悪性腫瘍 慢性呼吸器疾患（COPDや喘息等） 慢性腎臓病 心血管疾患

脳血管疾患 高血圧 糖尿病 脂質異常症

免疫機能の低下（臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤の使用その他の事由による）

その他（ _____ ）

・内服薬 なし ・ あり（ _____ ）

5. 薬・食べ物のアレルギーはありますか？

なし ・ あり（薬品名： _____ 食品名： _____）

6. 生活歴について教えてください

喫煙 いいえ・ はい ・ やめた（ _____ 歳ごろ）（ _____ ）本/日 × （ _____ ）年間

飲酒 いいえ・ はい ・ やめた（ _____ 歳ごろ） 週（ _____ ）日 種類・量（ _____ ）

7. 女性の方へ

現在妊娠されていますか はい（ _____ カ月） ・ いいえ 授乳中ですか はい ・ いいえ