

発熱・咳症状問診票

名前（カナ）		カルテNo.	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日（ 歳）		
電話番号			
住所	〒		
来院時間	AM10：00～10：15 AM11：00～11：15 PM4：30～4：45 PM5：30～5：45		
来院方法	車 色（ ）ナンバー（ ） 徒歩 ・ 自転車		
発熱	現在（ °C） 一番高かった熱（ 日前、 °C） 酸素（ %）		
症状	発熱、 咳、 のどの痛み、 頭痛、 味覚症状、 下痢、 嘔吐、 鼻づまり 鼻水、 体の痛み、 倦怠感、 吐き気、 結膜炎、 その他（ ）		
発症日	いつごろから上記の症状がありますか？（ 日前）		
自宅での抗原検査	していない ・ した（ 陰性 ・ 陽性→薬処方のみOK ） <input type="checkbox"/> 自宅で陽性と出たが、65歳以上のため病院での再検査希望		
まわりにコロナ陽性の方	いない ・ いる（ 家族 ・ 友人 ・ 職場の人 ・ その他 ）		
コロナワクチン接種	接種なし ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ・ 5回		
直近のコロナワクチン接種	わからない ・ 西暦 年 月 日		
ワクチンの種類	わからない ・ ファイザー ・ モデルナ ・ アストラゼネカ		
現在かかっている病気や今までにかかった大きな病気やケガはありますか？	なし、 悪性腫瘍、 慢性呼吸器疾患、 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、 肥満（BMI30以上） 免疫機能の低下、 その他（ ）		
薬や食べ物にアレルギー	なし、 あり 食べ物（ ）薬（ ）		
お酒は毎日のみますか？	のまない、 のむ（酒 合、ビール 本、その他 本）		
タバコは毎日吸いますか？	吸わない、 吸う（ 1日 本）		
現在妊娠していますか？	していない、 わからない、 している（ カ月）		
現在授乳中ですか？	授乳中ではない、 授乳中である（ カ月）		