

発熱外来問診票

年 月 日

フリガナ

氏名 男性 女性 生年月日 S・H・R 年 月 日(歳)

住所 

電話番号(携帯) (自宅) 受診歴 なし あり
(*未成年の方のみ:保護者氏名)

続柄

連絡先

来院時体温 °C 解熱剤使用 あり なし

職業

身長 cm 体重 kg

1.発熱はいつからありますか? (月 日から)
36.5°C~37.5°C 37.6°C~38.5°C 38.6°C以上
最高の発熱は °C(月 日 時頃)

2.保健所または救急安心センターさっぽろに相談しましたか?
はい いいえ

3.発熱以外にどのような症状がありますか?
咳 息苦しさ 頭痛 倦怠感
吐き気/嘔吐 下痢 味覚・聴覚の違和感
その他(症状について具体的にご記入ください)

4. その症状はいつ頃からですか?

5. 2週間以内の接触歴について
・あなた又は同居家族が陽性者と一緒にいたことがありますか?
ない ある

6. 新型コロナワクチン接種歴

	接種歴の有無	接種した日	ワクチン製造会社
1回目	あり・なし	R 年 月 日	ファイザー・モデルナ・その他()
2回目	あり・なし	R 年 月 日	ファイザー・モデルナ・その他()
3回目	あり・なし	R 年 月 日	ファイザー・モデルナ・その他()

7. 今までに以下の内容で治療を受けたことがありますか?
ない ある (以下該当するものを○で囲んでください)

悪性腫瘍 慢性閉塞性疾患(COPD) 慢性腎臓病 高血圧症 糖尿病 脂質異常症
肥満(BMI30以上) その他()

8. 現在飲んでいるお薬はありますか?
ない ある お薬手帳持参 *お薬手帳お持ちの方は診察室にてご提示をお願いします。

9. タバコ
吸わない 吸う(1日 本、合計 年間) 以前吸っていた(1日 本、合計 年間)

10. 女性の方のみ記入してください。
妊娠していますか?
している(か月) していない 可能性がある