

# 発熱外来問診票

酸素飽和度 \_\_\_\_\_ %

ふりがな		性別	体重
お名前		男 ・ 女	kg
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月 日 ( 才 )
郵便番号	〒 _____ - _____		
住所			
電話番号	( _____ )		
喫煙歴	なし _____ あり ( _____ 年 × _____ 本数 )		
発熱はいつからありましたか	本日の体温 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ 時 から		
気になる症状を選択して下さい	咳 鼻水 のどの痛み 吐き気 嘔吐 腹痛 下痢 頭痛 倦怠感 関節痛 その他( _____ )		
基礎疾患がある方は選択して下さい	糖尿病 高血圧 脂質異常症 脳血管疾患 認知症 心不全 呼吸器疾患 抗がん剤の使用 その他( _____ )		
妊娠中/授乳中ですか	いいえ _____ はい _____ 週		
アレルギーはありますか	いいえ _____ はい _____ 薬剤( _____ ) その他( _____ )		
ご自身で抗原検査を実施していれば結果を選択して下さい	検査日 /	コロナ(陽性/陰性) インフルエンザ(陽性/陰性)	