

## 発熱外来問診表

※下記問診票にご記入ください。

院内検温 (            °C) SPO2 (            %)

ふりがな		生年月日	年 齢	性 別
患者氏名		大・昭・平 年 月 日	歳	男・女
住 所	〒			
電話番号	自宅： (            )	—		
	携帯： (            )	—		

①海外渡航歴はありますか？	有 ・ 無
いつから？ / ~ /	どこへ (            )
②感染確定者との接触はありますか？	有 ・ 無
※接触とは、マスク・ゴーグル（眼鏡）をつけずに手が届く範囲で会話すること	
③下記3条件を満たす環境に滞在しましたか？	有 ・ 無
①換気の悪い密閉空間    ②人が密集している    ③近距離での会話や発声が行われる	
④体温(    °C)    時    現在    発熱はいつからですか？ (            )	
何か薬は服用しましたか？	
重要項目 1. 3日以上、37.5度以上の発熱症状（悪寒）や倦怠感が続いている。 (37.5度以下でも3日以上風邪薬や解熱鎮痛剤を服用している。)	
⑤該当する症状に○してください。(    )内にいつからかご記入ください。 咳が続く (            ) ・ ひどくだるい (            ) ・ 息苦しい (            ) ・ 下痢 (            ) のどが痛い (            ) ・ においや味がわからない (            ) ・ 頭痛 (            ) そのほか (            )	
重要項目 2. 「日を追うごとに咳嗽が激しくなっている」または「呼吸苦、頻呼吸」 5. 「臭覚異常」「味覚異常」	
⑥喫煙はしていますか？	有 ・ 無    1日 (            ) 本 × 喫煙歴 (            ) 年
⑦肺炎球菌ワクチンの予防接種はうけていらっしゃいますか？	有 ・ 無
⑧高血圧・糖尿病等の生活習慣病はありますか？	有 (            ) ・ 無
⑨継続中の薬はありますか？	有 ・ 無 (            )
⑩緑内障・前立腺肥大症はありますか？	有 (緑内障・前立腺肥大症) ・ 無
⑪女性の方にお伺いします。 現在妊娠の可能性はありますか？	有 ・ 無
	現在授乳していますか？ 有 ・ 無
⑫初診の方は当院を何でお知りになりましたか？	
備考：	相談センター連絡 有・無    検査は必要ないといわれた 有・無