

受付番号

発熱外来用 問診票

ハイリスク患者

(初診・再診)

診察券番号

Medical Interview Sheet

R4 年 5 月 日

記載漏れ・間違いがありますと、保健所への登録ができず、市町村からの療養サポート等が受けられなくなる可能性があります。

フリガナ 名前 Name				性別 Sex	男/Male ・ 女/Female		
生年月日 B.D.	(西暦)	年/year	月/month	日/day (歳/ y/o)		
住所 Address	(〒 -)			職業 occupation			
電話番号 Telephone Number	* PCR検査を行った際、結果について電話連絡する際に使用いたします。 必ずつながりやすい電話番号で、かけ間違いのないよう大きくハッキリとした数字で記載ください						
身長 Height	cm		体重 Weight	Kg			
アレルギー Allergy	無 . 有 () None Yes	妊娠中/ 妊娠の可能性 Pregnancy	無 . 有 None Yes	喫煙 Smoking	無 . 有 None Yes		
ワクチン 接種状況 Vaccination of COVID-19	有 Yes 無 None	接種日Vaccination Date			ワクチンの種類Vaccine Type		
		1回目	年/year	月/month	日/day	モデルナModerna ファイザーPfizer ()	
		2回目	年/year	月/month	日/day	モデルナModerna ファイザーPfizer ()	
		3回目	年/year	月/month	日/day	モデルナModerna ファイザーPfizer ()	
現在治療中の病気や飲み薬はありますか？ はい ・ いいえ → 「はい」とお答えの方は下記に病名を記載ください () 慢性閉塞性肺疾患 () 糖尿病 () 脂質異常症 () 高血圧 () 慢性腎臓病 () 悪性腫瘍(がん) () 臓器移植(腎移植、肝移植など)後の免疫治療中 () その他 ()							
新型コロナ感染症にかかったことはありますか？ はい ・ いいえ							
新型コロナ感染症陽性者と接触はありましたか？ はい ・ いいえ → 接触された陽性の方の名前を記載してください ()							
自宅での抗原キット、PCR検査センター、医療機関などで検査を受けていますか？ はい ・ いいえ → 検査結果 (陰性 ・ 陽性)							
体温 Temperature	℃	酸素飽和度 SPO2	%	症状はいつから 始まりましたか？			
本日はどのような症状で受診されましたか？該当する症状に○をつけてください 発熱 のどの痛み 咳 だるさ 頭痛 下痢 筋肉痛 腹痛 吐き気 嘔吐 味がしない 匂いがわからない 息が苦しい その他 ()							