

受付番号

(初診・再診)

## 発熱外来用 問診票

ハイリスク患者

診察券番号

Medical Interview Sheet

R4 年 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<br>名前<br>Name  |   | 性別<br>Sex                   | 男/Male ・ 女/Female           |
| 生年月日<br>B.D.  | (西暦) 年/year 月/month 日/day ( 歳/ y/o )  |                             |                             |
| 住所<br>Address   | (〒 - )  | 職業<br>occupation            |                             |
| 電話番号<br>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。<br>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<br>Height  | cm  | 体重<br>Weight                | Kg                          |
| アレルギー<br>Allergy  | 無 ・ 有 ( )<br>None Yes   | 妊娠中/<br>妊娠の可能性<br>Pregnancy | 無 ・ 有<br>None Yes           |
|   |   | 喫煙<br>Smoking               | 無 ・ 有<br>None Yes           |
| COVID-19<br>接種状況<br>Vaccination of<br>COVID-19  |   | 接種日Vaccination Date         | ワクチンの種類Vaccine Type         |
|   | 有<br>Yes  | 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 ( ) |
|   | 無<br>None   | 3回目 年/year 月/month 日/day    | モデルナModerna ファイザーPfizer ( ) |
|   |   | 4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<br>→ 「はい」とお答えの方は下記に病名を記載ください<br>( ) 慢性閉塞性肺疾患 ( ) 糖尿病 ( ) 脂質異常症 ( ) 高血圧 ( ) 慢性腎臓病<br>( ) 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<br>( ) 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<br>→ 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<br>→ 検査結果 ( 陰性 ・ 陽性 )   |   |                             |                             |
| 体温<br>Temperature   | ℃   | 酸素飽和度<br>SPO2               | %                           |
| 症状はいつから<br>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<br>発熱 のどの痛み 咳 だるさ 頭痛 下痢 筋肉痛 腹痛<br>吐き気 嘔吐 味がしない 匂いがわからない 息が苦しい<br>その他 ( )  |   |                             |                             |