

(初診・再診)

発熱外来用 問診票

NO.

Medical Interview Sheet

R4 年 1 月 日

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	(〒 -)					
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					
メールアドレス E-mail				職業 occupation		
身長 Height	cm		体重 Weight	Kg		
アレルギー Allergy	無 None	有 Yes	()	妊娠の可能性 Pregnancy	無 None	有 Yes
コロナワクチン 接種状況 Vaccination of COVID-19	無 None	有 Yes	接種日 Vaccination Date	1回目	月/month	日/day
				2回目	月/month	日/day
				3回目	月/month	日/day
			ワクチンの種類 Vaccine Type	モデルナ Moderna	ファイザー Pfizer	その他 ()
現在治療中の病気や飲み薬はありますか？ 例) ○歳 高血圧 アムロジピン				コロナ陽性者と接触は ありましたか？	はい ・ いいえ	
				濃厚接触者の認定を 受けていますか？	はい ・ いいえ	
体温 Temperature	℃	酸素飽和度 SPO2	%	接触された陽性の方の 名前を記載してください		
どのような症状がありますか？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 ()						
症状はいつから 始まりましたか？			コロナ感染症に かかったことは ありますか？		はい ・ いいえ	