

(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
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