

受付番号

発熱外来用 問診票

発症届出対象者

本厚木かかりつけクリニック

(初診・再診)

Medical Interview Sheet

65歳以上

重症化リスク

妊婦

診察券番号

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 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、 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
コウカク接種 Vaccination of COVID-19	接種回数 () 回	直近の接種日/Vaccination Date 年 月 日	直近の接種ワクチン種類/Vaccine Type 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
 () 心疾患 (狭心症、心筋梗塞など) () 脳血管疾患 (脳梗塞、脳出血など)
 () 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 ()

服用中の薬を記載ください ()

過去に新型コロナウイルス感染症にかかったことはありますか？

いいえ · はい (年 月頃)

新型コロナウイルス感染症陽性者と接触はありましたか？

いいえ · はい

→ 接触された陽性の方の名前を記載してください ()

ここ数日で、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？

いいえ · はい

→ 検査日 (年 月 日) 検査結果 (陰性 · 陽性)

※診察時に結果がわかるもの (結果用紙、抗原キットの写真など) を医師にご提示ください。

PCR・抗原検査が陽性、濃厚接触者の方が発症され新型コロナウイルス感染症の
診断となった場合、**新型コロナ治療薬の処方を希望されますか？**

いいえ · はい

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 ()