

発熱外来問診票

令和 年 月 日	ID() ・ 新患	年齢 才
氏名		男・女

【当院初診の方は住所と電話番号のご記入をお願いします】

ご住所	〒 -
お電話番号	()

【感染症患者さんとの接触の有無】	ない ・ ある ()
【何か検査はしましたか？】 していない ・ した ※検査をした方→	検査日 (月 日)
	COVID-19 (陽性 ・ 陰性) インフルエンザ (陽性 ・ 陰性)
【他院を受診しましたか？】	いいえ ・ はい ()
【一年以内に新型コロナに罹りましたか】	いいえ ・ はい (年 月頃)

【発熱の経過・症状】

月 日	月 日	月 日	月 日
朝 ・ 昼 ・ 夜	朝 ・ 昼 ・ 夜	朝 ・ 昼 ・ 夜	朝 ・ 昼 ・ 夜
最高 度	最高 度	最高 度	最高 度

【症状にチェックを入れて下さい】

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> のどの痛み (いつから) | <input type="checkbox"/> 関節痛 (いつから) |
| <input type="checkbox"/> 咳 (いつから) | <input type="checkbox"/> 胃痛 (いつから) |
| <input type="checkbox"/> 痰 (いつから) | <input type="checkbox"/> 腹痛 (いつから) |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 (いつから) | <input type="checkbox"/> 嘔気 (いつから) |
| <input type="checkbox"/> 倦怠感 (いつから) | <input type="checkbox"/> 嘔吐 (いつから) |
| <input type="checkbox"/> 悪寒 (いつから) | <input type="checkbox"/> 下痢 (いつから) |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 (いつから) | <input type="checkbox"/> その他 () |

【他に気になる症状があればご記入をお願いします】

解熱剤の使用	なし あり (薬剤名) ・ 時頃最後に服用)
その他使用薬	なし あり (薬剤名) ・ 時頃最後に服用)
現在治療中の疾患	
服用中の薬	

【その他お伝えしたいことがあればご記入下さい】

妊娠中 授乳中

看護師記入欄	体温 °C	SPO2 %	体重 Kg
--------	-------	--------	-------