



発熱外来 問診票

*発熱外来を受診されるすべての方にご記入をお願いしております。
お手数ですが、できるだけ詳しくご記入ください。

- ご記入日 : _____ 月 _____ 日
- 現在の体温 : _____ . _____ °C
- お名前 : _____ ● 年齢 : _____ 歳
- ご住所 : 〒 _____ - _____
- 携帯電話番号 : _____ - _____
- 保護者氏名 (未成年の場合) : _____

- 新型コロナウイルス検査希望 : あり / なし
- 患者との濃厚接触 : あり / なし / 不明
(濃厚接触『あり』の場合) : 家族・近隣の発症者 (どなた : _____) / 職場

① 学校名 : _____ (保育園/幼稚園/学校) / 職場 (職業) : _____

② 症状、または 37.5°C 以上の発熱が最初にみられたのはいつですか？

_____ 月 _____ 日 午前/午後 _____ 時ごろ、症状 (_____) または (_____ °C)

上記②の日からの1日のうち、最高体温を記入してください。

_____ 月 _____ 日 (②の日) : 午前/午後 _____ 時ごろ _____ °C

_____ 月 _____ 日 (②の翌日) : 午前/午後 _____ 時ごろ _____ °C

_____ 月 _____ 日 : 午前/午後 _____ 時ごろ _____ °C

③ 熱のほかにどのような症状がありますか？

(_____ 月 _____ 日より) _____

④ 息苦しさはありますか？ (あり / ない) また、息切れはありますか？ (あり / ない)

⑤ その他の症について、以下の□に✓(チェック)をお願いいたします。

- 咳 鼻づまりや鼻水 頭痛 喉の痛み 体のだるさ
- 筋肉痛 胸痛 においがいい 味がいい 吐き気 下痢

⑥ 現在かかっている病気や体の状態についてお尋ねします。

妊娠 : なし / あり (妊娠 _____ 週 / 月) 授乳 : なし / あり
病気 : なし / あり (病名 : _____ ・投薬内容 : _____)