

発熱外来問診票

発熱外来を受診されるかたへ

・当院で行う検査は、原則、コロナ・インフルエンザ抗原定性検査です。

(PCR検査、抗原定量検査ではありません)

・検査結果に十分な判定が得られないことがあります。

(擬陽性の判定や十分な数値が得られない場合)

その場合、再度検査をお願いすることがありますが、何卒ご協力をお願いします。

※すべての項目をご記入ください

本日の体温(°C) 未測定の場合は、受付前の計測器で測ってください

受診者が未成年の場合、保護者氏名()

連絡先()(※病院や保健所からの連絡先)

コロナ陽性者との濃厚接触

なし あり

(家族 職場 学校 その他())

症状

なし あり いつから()

最高体温(°C) 咳 倦怠感 頭痛

下痢 味覚・嗅覚障害 咽頭痛

その他()

ワクチン接種歴

なし あり → 接種回数()回

直近の接種日(年 月 日 不明)

製薬会社(ファイザー モデルナ アストラゼネカ ノバベックス 不明)

身長(cm) 体重(kg)

基礎疾患など

なし

悪性腫瘍 喘息を含む慢性呼吸器疾患

慢性腎臓病 心血管疾患 脳血管疾患

現在喫煙している 高血圧 糖尿病 脂質異常症

臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用、その他の事由による免疫機能の低下

妊娠している

その他()

ご記入が終わりましたら、発熱外来受付までご提出ください

