

# 発熱外来問診票

患者氏名( )

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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他(      ) )			
症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    いつから(      ) <input type="checkbox"/> 最高体温 (      °C ) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> その他(      )			
ワクチン接種歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 接種回数 (      )回  直近の接種日(      年      月      日 <input type="checkbox"/> 不明)  製薬会社( <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> 不明)			
身長(      cm )		体重 (      kg )	
基礎疾患など  <input type="checkbox"/> なし  <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 喘息を含む慢性呼吸器疾患  <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患  <input type="checkbox"/> 現在喫煙している <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症  <input type="checkbox"/> 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  <input type="checkbox"/> 妊娠している  <input type="checkbox"/> 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

