

発熱・風邪外来問診票

※職員記入欄 体温 ℃ SPO2 % P

氏名	年齢	連絡先（携帯電話）	再診の方
受診目的（当てはまる□に☑を入れてください。）			
発熱	<input type="checkbox"/> あり（ ℃： 月 日～）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽快
咳	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽快
痰	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽快
息苦しさ	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽快
倦怠感	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽快
咽頭痛（のどの痛み）	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽快
味覚・嗅覚障害	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽快
下痢	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽快
吐き気	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽快
頭痛	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽快
鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽快
食事がとれない	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽快
上記以外	<input type="checkbox"/> あり（ 月 日～）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 軽快
()			

集団感染リスク（2週間以内）

- 海外 なし あり（ ） 期間 月 日から 月 日
- 国内（県外） なし あり（ ） 期間 月 日から 月 日
- 家庭や職場での発熱・体調不良者 なし あり（ご関係： ）
- 県外から移動した人との接触 なし あり
- 人が密集する場所の利用（カラオケ、レストラン、飲み屋（夜のお店含む）、スポーツジムなど）
なし あり（ ） 利用日時 月 日

現在治療中の病気

なし あり（ ）

現在服用している薬

なし あり（ ）

アレルギー疾患（喘息・アレルギー性鼻炎など）

なし あり（ ）

喫煙歴

なし あり（1日本数 本）（喫煙期間 年間） 禁煙（ 年 月～）

※女性の方へ

妊娠 なし あり（ 週目）

お車でお越しの方へ

車種 _____

車の色 _____