

発熱外来 問診票

ID又は生年月日	姓 名	☎Tel
	才	

来院時体温	℃	%
1 週間以内に37.5℃以上の発熱がある(あった) ☐ はい ☐ いいえ		
現在の症状 / から		
☐ 発熱 測定日時 度		
☐ のどの痛み	☐ 鼻水	
☐ 咳	☐ 全身倦怠感	
☐ 呼吸が苦しい	☐ 腹痛	
☐ 頭痛	☐ 下痢	
☐ 嘔吐	☐ その他の症状	
☐ 味覚・嗅覚障害		
※解熱剤・市販薬使用 ☐ なし ☐ あり 商品名()		
自宅で抗原検査キットを使用したか ☐ なし ☐ あり 陰性 ・ 陽性		
同居者に発熱あるいは咳のある人がいる ☐ いいえ ☐ はい		
新型コロナウイルスに感染した方と接触がある ☐ いいえ ☐ はい		
コロナ罹患歴 ☐ なし ☐ あり(年 月頃)		
既往歴 ☐ なし ☐ あり ()		
薬アレルギー ☐ なし ☐ あり ()		