

# 発熱外来 問診票

記入日 令和 年 月 日

しょうのクリニック

重要な書類です。記載漏れがあれば登録はできませんので詳しくお書き下さい。COVID-19 PCR/抗原検査は行政検査です。

フリガナ	性 男 女	生年月日
氏名		大・昭・平・令 年 月 日 ( ) 才
住所 〒	職業 会社名：	

電話番号 (自宅) (携帯) 体温； 度 SpO2；

COVID-19検査 (PCR・抗原検査 いずれかはクリニックで決定) をご希望ですか？ はい・いいえ

本日受診されました理由について いづれかに○をして数字などをご記入下さい。

1)発熱 あり； 月 日から発熱 (体温： °C) あり。 なし  
濃厚接触者ですか？ はい いいえ いつの接触ですか？ 月 日  
当院受診される前に他院受診されましたか？ はい・いいえ 名称； 病院  
最近コロナウイルス感染検査 (PCR・抗原) を受けましたか？ はい・いいえ  
その結果は 陽性 陰性  
ワクチン接種 回受けました。 最終は接種は 月 日

2)自覚症状 咳 痰 のどの痛み 頭痛 倦怠感 筋肉関節痛 下痢 鼻閉・鼻汁  
呼吸困難感 いつから出現しましたか？ 月 日

現在の状態を教えてください。 アレルギーはありますか？

身長 cm 体重 kg あり・なし どんなもので；

今までに病気にかかったことはありますか？ (コロナウイルス感染症既往 なし・あり)

(なし・あり)

病名：① ( 才) ② ( 才)

他の施設で治療を受けていますか？

どんな病気？ ( ) どの施設？ ( )

内服薬？ ( )

嗜好品について

タバコ (吸わない・吸う 本/日) 飲酒： ビール 酎ハイ ワイン 缶・杯/日

生活について

発熱が症状が気づいた日より2週間以内に濃厚接触はありますか？ あり・なし

発熱が症状が気づいた日より2週間以内に家族以外との外食は？ あり・なし

発熱や症状が気づいた日より2週間以内に生活圏の移動は(旅行・出張など)？ あり・なし

地域名 ( )

発熱や症状が気づいた日より2週間以内に海外渡航は？ あり・なし

国名 ( )

女性の方へ (男性の方は記入不要です)

妊娠している可能性は？ (あり・なし) 授乳をされていますか？ (あり・なし)

届け出の際に提出する重要事項です。必ず記入して下さい。

ご協力ありがとうございました。