

# < 問 診 票 （発熱外来用） >

年 月 日

可能な範囲で ご記入ください。（再診の方は名前だけで結構です。）

病気・症状によっては、お呼びする順番 が 前後する場合がございます。

ご理解・ご協力 のほど何卒よろしく申し上げます。

フリガナ	
氏名：	( 男 ・ 女 )
住所：	〒 -
電話番号：	ご職業：
生年月日：T・S・H・R	年 月 日 ( 歳)

☆今回の症状： 体温 \_\_\_\_\_℃  
SpO2 \_\_\_\_\_%

☆いつからですか？：

コロナワクチン接種歴： 1回目令和 年 月 日（ファイザー・モデルナ）  
 未接種 2回目令和 年 月 日（ファイザー・モデルナ）  
3回目令和 年 月 日（ファイザー・モデルナ）

・コロナ感染歴 なし ・ あり（令和 年 月）

☆1か月以内の海外滞在歴・・・  なし  あり（国名 \_\_\_\_\_）

☆持病はありますか？（該当するものに○を）

高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ COPD ・ 喘息  
がん（部位 \_\_\_\_\_）  
その他…

☆アレルギーはありますか？  特になし  
 ある（薬、食べ物など）

☆喫煙歴：  なし  あり（ 現在も喫煙 ・ \_\_\_\_\_歳まで\_\_\_\_\_本/日 ）

☆飲酒歴：  毎日  週3-4日  たまに  飲めない

☆該当する方へ・・・ 現在（  妊娠中  妊娠の可能性は否定できない  授乳中 ）である

たくさんご協力ありがとうございました。