発熱外来問診票

　　　　　　　　　記入日　令和4年　　月　　　日

＊ご記入ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 性別　男・女 | 年齢　　　歳 |
| 来院歴 | あり・なし | 自宅電話   * - | 携帯電話   * - |
| 濃厚接触者ですか？ | はい・いいえ | 同居家族 | あり・なし |
| アレルギー | なし  あり　内容： | 来院時体温 | ℃ |

＊今の状態を教えてください。　いつから症状がありますか？　　月　　日頃から

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 症状 | □なし | □あり**→**□発熱　（　　　℃）　　月　　　日から  □咳　□息切れ　□全身のだるさ　□呼吸が苦しい  □関節痛　□頭痛　□　食欲がない　□のどの痛み  □味覚・嗅覚の消失　□胸の痛み　□下痢 |

＊基礎疾患について

|  |  |
| --- | --- |
| □なし | □あり→　□糖尿病　□高血圧　□脳血管疾患　□心不全  □脂質異常症(高コレステロール血症)　□呼吸器疾患 |

＊新型コロナワクチン接種状況

|  |  |
| --- | --- |
| □接種済み | □　未接種 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上大崎クリニック