

問診表（発熱外来）

診察券番号（西川医院）：

ふりがな  お名前	性別： 男 女 年齢：
	生年月日 (西暦) 年 月 日

ご住所 〒

(現在居住している住所を記載してください)

連絡可能な電話番号：

※未成年の方

保護者名：

連絡可能な電話番号：

現在の同居人： # 独居 # 家族（夫 妻 子供 両親 兄弟 他） # 友人 # ほか

① 現在の体温：

② 症状発生日（西暦）： 年 月 日

③ 新型コロナワクチン接種歴についてお伺いします

# 接種回数： ・なし ・1回 ・2回 ・3回 ・4回 ・不明

# 最終ワクチン接種日（西暦）： 年 月 日

# 最終接種ワクチンメーカー：

・ファイザー ・モデルナ ・その他（ ） ・不明

④ 現在治療中または治療歴のある病気についてお伺いします（複数回答可）

# 悪性腫瘍（ガンなど） # 呼吸器疾患（喘息、肺気腫、肺線維症など）

# 腎臓病 # 心臓病（心不全、不整脈、弁膜症など）

# 脳血管疾患（脳卒中、脳梗塞など） # 高血圧 # 糖尿病

# 脂質異常症（高コレステロール血症など） # 抗がん剤または免疫抑制剤使用中

# その他（ ）

⑤ 女性の方のみ：あてはまる項目にマルして下さい

# 妊娠中（疑い含む） # 授乳中

⑥ 体重： kg

⑦ 職業・学校名：

⑨ いまの症状についてお伺いします、あてはまる項目にマルして下さい（複数回答可）

# 発熱 # 咳 # 痰 # 息苦しさ

# 倦怠感 # 頭痛 # 吐き気/嘔吐 # 下痢

# 味覚障害 # のどの痛み # 鼻水 # その他（ ）

⑩ 感染機会についてお尋ねします（該当する方をご記載下さい）

過去5日以内に3密の機会があった（5人以上の飲会食、カラオケ、ライブ/コンサート、パチンコなど）

場所： 訪問日： 月 日

過去5日以内に新型コロナウイルス感染の人と接触があった

感染者： # 家族（具体的に； ） # 職場同僚 # 友人ほか

接触場所： 接触日： 月 日

過去5日以内に海外渡航歴があった

渡航国： 帰国日： 月 日