

発熱外来問診表

患者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 (才)
住 所	
電話番号	
【受診者が未成年の場合】	
保護者氏名	
続 柄	
連絡先	
【症状について】	
主な症状 (複数選択可)	のどの痛み・鼻水・咳・痰・下痢・頭痛 (その他
発生時期	いつごろから? (月 日 : 頃より)
【既往歴・その他】	
既往症	悪性腫瘍・慢性閉塞性肺疾患・慢性腎不全・高血圧症・糖尿病・脂質異常症
	肥満 (BMI130以上 身長 cm・体重 kg) ・喫煙歴 (あり・なし)
妊娠の有無	あり ・ なし
臓器移植	あり ・ なし
抗がん剤使用	あり ・ なし
ワクチン接種	1回目 未・済 2回目 未・済 3回目 未・済 (月 日)
ワクチンの種類	モデルナ・ファイザー・ (その他)
【感染原因・経路】	
感染原因	飛沫感染 (つば・くしゃみ・嘔吐物・その他)
	接触感染 (職場・家庭内・学校 その他) ・不明
感染地域	感染したと思う市町村 () ・ 国外 (国名) ・ 不明
【医療者記載欄】	
熱	°C
SPO2	
その他	
	令和 年 月 日
	担当看護師
	担当医師