

【発熱外来問診票】

患者氏名： _____ 年齢 _____ 歳 保護者氏名（未成年の場合） _____

住所： _____ 携帯電話番号： _____

車種 _____ 色 _____ ナンバー _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 職業 _____

本日の体温（ _____ 度） SPO2（ _____ %） BMI（ _____ ）

1. 一週間以内の行動歴ではまるものに○をしてください

- ・入院 ・通院 ・デイサービス ・イベント参加（コンサート等） ・同居家族以外との会食 ・カラオケ等
- ・長野県以外への往来 地域（ _____ ）

2. あてはまる症状に○をしてください

症状発生日（ _____ ）※症状がある場合

- ・呼吸困難・発熱・倦怠感・悪寒・食事量低下・頭痛・鼻汁・鼻閉・咽頭痛・咳・痰・腹痛
- ・嘔気嘔吐・下痢・頻尿・排尿時痛・残尿感・関節痛・筋肉痛・皮疹・味覚症状・嗅覚症状
- ・その他（ _____ ）

3. 同居の方に○をしてください

- ・配偶者 ・子 ・母 ・父 ・祖父 ・祖母 ・孫 ・兄弟姉妹 ・パートナー
- ・その他（ _____ ）

4. 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触（※）はありましたか？

※感染者と同居している場合、1m以内でマスク無しで15分以上対面、車内等で長時間接触、ツバやくしゃみに触れた場合など

○あり _____ ○なし _____

5. コロナワクチン接種歴

新型コロナウイルスワクチン接種回数： _____ 回 ※無しの場合は0回と記入してください。

直近の新型コロナウイルスワクチン接種年月日： _____ 年 _____ 月頃

直近のワクチン： ・ファイザー ・モデルナ ・アストラゼネカ ・ノババックス ・その他（ _____ ）

6.重症化のリスクとなる既往について

- ・治療中の悪性腫瘍（がん・癌） ・慢性呼吸器疾患（COPD、喘息等） ・慢性腎臓病・腎不全
- ・心血管疾患（狭心症、心筋梗塞等） ・脳血管疾患（脳梗塞等）
- ・現在、喫煙している（タバコを吸っている） ・高血圧 ・糖尿病 ・脂質異常症
- ・臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤、HIV感染症等による免疫機能の低下 ・妊娠している _____ 週目
- ・その他（ _____ ）

7.定期的に飲んでいる薬について（当てはまる項目に○をしてください）

定期的に飲んでいる薬： ・あり ・なし

上記が「あり」の場合で、当院以外の医療機関から出ている薬の有無： ・あり ・なし

当院以外から出ている薬がある場合、飲んでいる薬が分かるもの（お薬手帳等）を御呈示ください。