

【山形協立診療所 発熱外来問診票】

お車でご記入の方は、ご記入が終わり次第
0263-98-3933 へお電話をお願いします

患者氏名： _____ 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 _____

かかりつけ薬局に〇印を、又は下記の薬局に該当しない場合はその他薬局へご記入ください

_____ 山形はやし薬局 _____ いちい薬局 _____ その他薬局（ _____ ）

本日の体温（ _____ 度） SPO2（ _____ %）

1. 一週間以内の行動歴であてはまるものに〇をしてください

- ・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. あてはまる症状に〇をしてください

症状発生日（ _____ ） ※症状がある場合

- ・呼吸困難 ・発熱 ・悪寒 ・倦怠感 ・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. 同居の方に〇をしてください

- ・配偶者 ・子 ・母 ・父 ・祖父 ・祖母 ・孫 ・兄弟姉妹 ・パートナー ・一人暮らし
- ・その他（ _____ ）

4. 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触（※）、インフルエンザ陽性者との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

COVID-19 あり _____ なし

インフルエンザ あり _____ なし

5. 新型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（当てはまる項目に〇をしてください）

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。