

# 発熱者等問診表

来院日 月 日 時 分

氏名	性別	生年月日	年齢
住所		連絡先（電話）	
未成年者の場合 保護者氏名	未成年者の場合 保護者住所	未成年者の場合 保護者連絡先	体重
所属する集団 （職場・学校・幼稚園・塾など）		周囲のコロナ感染 あり（ ） なし	
発熱（最高体温）	あり、なし（ °C）	始まった日	
現在（今日）の熱	°C	発熱が続く、上がったり下がったり、高かったが解熱した	
咳	あり、なし	始まった日	
激しい咳	あり、なし	ひどくなった日	
呼吸苦・呼吸困難感	あり、なし	始まった日	
鼻汁	あり、なし	始まった日	
のどの痛み	あり、なし	始まった日	
頭痛	あり、なし	始まった日	
倦怠感（だるさ）	あり、なし	始まった日	
食欲不振	あり、なし	始まった日	
吐き気・嘔吐	あり、なし	始まった日	
腹痛	あり、なし	始まった日	
下痢	あり、なし	始まった日	
味覚の異常	あり、なし	始まった日	
嗅覚の異常	あり、なし	始まった日	
顔色不良	あり、なし	始まった日	
皮膚の変化（湿疹）	あり、なし	始まった日	
その他の症状 （具体的に）	あり、なし	始まった日	
新型コロナワクチン接種歴	1回目（月 日）、2回目（月 日）、3回目（月 日）、なし メーカー（ ）（ ）（ ）		
2週間以内の海外渡航歴	あり、なし	ありの場合 場所	
感染したとしたら心当たりはありますか(できるだけ具体的に)	あり、なし	ありの場合 場所 日時	
右に書いたものの中で当てはまるものはありますか。	悪性腫瘍（がんや肉腫）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病、 高血圧、糖尿病、脂質異常症（コレステロール高値）、 肥満（身長 体重 ）、喫煙（電子タバコも含む）、妊娠、 免疫抑制剤や抗がん剤内服などの免疫低下状態		

## 職員記入欄

ID \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_ % 車 (No \_\_\_\_\_)、隔離、その他 ( \_\_\_\_\_ )

むらまつクリニック