

R 年 月 日

# 発熱問診票

ブース：1-2・車(色 No )

お名前 \_\_\_\_\_

性別： 男・女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日( 才)

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

1. 発熱(37.5°C以上) \_\_\_\_\_日から\_\_\_\_\_日間 最高体温 \_\_\_\_\_°C

解熱剤の服用： なし あり

2. 以下の症状で該当するものにチェックしてください(複数可)。

咽頭痛 : なし 軽い 強い 頭痛 : なし 軽い 強い

鼻水 : なし 白い 黄緑 関節痛 : なし 軽い 強い

痰 : なし 白い 黄緑 寒気 : なし 軽い 強い

咳 : なし 軽い 強い 下痢 : なし 軽い 強い

倦怠感 : なし 軽い 強い 腹痛 : なし 軽い 強い

息苦しさ : なし 軽い 強い

におい・味 がわからない : なし あり : \_\_\_\_\_日前から

現在服用中の薬 : \_\_\_\_\_

3. 新型コロナウイルスの感染者・強い風邪症状の方との濃厚接触：

- なし あり： 同居人、車内や航空機内等で2メートル以内での長い時間の会話  
手袋・ガウン・マスクなしで看護・介護をしていた  
感染が疑われる方の気道分泌物、体液等に直接接触した

4. 今回の症状がでる前1週間以内に新型コロナウイルス感染が多発している地域/外国に行きましたか

なし あり 国内：都道府県、市名( \_\_\_\_\_ ) 外国：国名( \_\_\_\_\_ )

5. コロナワクチンの接種をしましたか。

なし あり→1回目： \_\_\_\_\_年 月 (ファイザー・モデルナ) 2回目： \_\_\_\_\_年 月 (ファイザー・モデルナ)  
3回目： \_\_\_\_\_年 月 (ファイザー・モデルナ) 4回目： \_\_\_\_\_年 月 (ファイザー・モデルナ)

治療中の病気はありますか：なし

糖尿病 高血圧 心臓 呼吸器 腎臓 免疫抑制治療

がん 抗がん剤 その他 具体的に( \_\_\_\_\_ )

6. 女性の方へ：現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか。

なし あり (現在： \_\_\_\_\_ 週目)

7. 検査の種類 (PCR・抗原) は医師の判断になります。医師の判断以外でも検査希望の場合は自費になる可能性があります。自費でも検査をご希望ですか：(PCR・抗原) 希望しない 希望する

病院専用：

来院時体温 \_\_\_\_\_°C SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_%