森田病院発熱外来問診票

記入日　　年　月　日

お名前	性別 男・女	生年月日 年　月　日(　　歳)	体温 ℃	ID
		電話番号：本人・その他（続柄）	車種： 色： 番号：	

① かかりつけ医はありますか？

はい　→　「まずは、かかりつけ医に相談してください。」→ かかりつけ医に連絡つかない場合は②へ

いいえ　→　②へ

② 次のような症状はありますか？

いつから？：____月____日頃から　／下記の他にもあれば全て記入。その他は「なし」なら「なし」と記入。

□発熱（□38℃以上　□37.5℃以上　□37℃以上 ）

→発熱に対して何か内服しましたか？　□はい　（いつ：　　何を：　　）□いいえ

□咳　□痰　□息苦しさ（呼吸困難）　□強いだるさ（全身倦怠感）　□鼻水　□吐き気・嘔吐

□味や臭いの異常（味覚・嗅覚障害）　□下痢　□のどの痛み　□頭痛　□結膜炎　□関節の痛み

□その他（　　）

最近２週間の状況についてお聞きします。			
③	２週間以内に風邪症状や 37.5℃以上の発熱がある人と接触しましたか？（ご家族も含めて）	□はい	□いいえ
④	２週間以内に新型コロナウイルス感染症が確認された患者と接触しましたか？（ご家族も含めて）	□はい	□いいえ
⑤	２週間以内に国内や海外に移動（旅行や出張を含めて）をしましたか？	□はい	□いいえ
⑥	同居者が２週間以内に国内や海外に旅行や出張などをしましたか？	□はい	□いいえ

⑦ 現在、治療中の病気はありますか？　□特になし

□呼吸器疾患　□高血圧　□脳血管疾患　□糖尿病　□脂質異常症　□認知症　□慢性腎臓病

□透析治療中　□がん　□その他（　　）

⑧ 内服中の薬はありますか？　□あり（処方医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　□なし

⑨ 身長（　　cm）体重（　　kg）も教えて下さい。

⑩ 新型コロナワクチン接種しましたか？

□はい（接種：＿＿＿回　最終接種日：　/　/　）　□なし

⑪新型コロナウイルスに感染されたことはありますか？

□あり（いつ：　　、治療した医療機関：　　）　□なし

⑫（女性の方）妊娠中、もしくは妊娠の可能性がありますか？　□あり　□なし

⑬ アレルギーはありますか？□あり（薬：＿＿＿＿＿ 食べ物：＿＿＿＿＿ その他：＿＿＿＿＿）□なし

⑭ タバコ（電子タバコを含む）は吸いますか？もしくは以前に吸っていましたか？

□はい（＿＿＿歳から＿＿＿歳まで、１日あたり＿＿＿本　）　□いいえ

⑮ 職業（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）→職業上、不特定多数との接触はありますか？ □あり　□なし

⑯ コロナの検査を希望されていますか？

□はい　□医師判断で、必要ならします　□いいえ

※検査希望の場合は、１時間前から のど飴･歯磨き･ガム･のどスプレー･食事不可。10 分前から水分不可。

⑰ インフルエンザの検査を希望しますか？　□はい　□いいえ　□医師判断で、必要ならします

ＦＡＸ番号　０７６１－２２－８７３４