

発熱・かぜ症状問診票

受診日 _____年 ____月 ____日

受付番号		ID	
------	--	----	--

体温	度	分	血压	/	脈拍	回	SpO2	%
刃が+				性別	生年月日			
氏名				男・女	年 月 日 (歳)			
職業				必ず連絡のつく電話番号	自宅			
					携帯			

① 該当する症状に記入してください。 (はい:○ 少し:△)	発熱 (月 日 時~) 解熱剤 () 使用			
	頭痛	腹痛	関節痛	倦怠感
	咳	痰	鼻水	鼻づまり
	息苦しさ	下痢	吐き気	嘔吐
	喉の痛み	味覚異常	嗅覚異常	
② 今までの病気で該当するものに○を付けてください。	ない	ある	高血圧 高脂血症 糖尿病 腎臓病 肝臓病 肺炎 気管支喘息 胃・十二指腸潰瘍 緑内障 脳卒中 (脳出血 脳梗塞) 心臓病 (狭心症 心筋梗塞 不整脈) その他 ()	
③ 海外渡航歴・クラスター発生場所での接触歴はありますか？	ない	ある	いつ	
			どこで	
			誰と	
④ ③である方 新型コロナ受診相談窓口(帰国者・接触者相談センター)に連絡をしていますか？	していない	した	結果(内容)	