

発熱問診票

ID: _____

【受診前(自宅)体温】 _____ °C 【記入年月日】 R 年 月 日

【来院時(院内)体温】 * _____ °C 【来院時 SpO2】 * _____ %
※記載不要 ※記載不要

(フリガナ)

【氏名】 _____ 【性別】 男性 ・ 女性

【生年月日】 T・S・H 年 月 日 【年齢】 _____ 歳

【住所】 〒 _____

【電話番号】 ※必ず連絡がつく番号をご記載ください

(ご自宅) _____ (携帯電話) _____

身長: _____ cm

体重: _____ kg

※BMI 記載不要

BMI: _____

備考:

★20歳未満の方は必ずご記載ください

【保護者氏名(関係)】 _____ () 【保護者連絡先】 _____

【自覚症状】 いつから? : _____ 日前から 自覚症状のあるもの全てに○をつけて下さい

発熱・倦怠感・せき・たん・のどの痛み・鼻水・息苦しい・胸痛・頭痛・嘔気(嘔吐)・下痢・味覚障害

その他: _____ ※せきが出る方→せきで夜眠れませんか?→はい・いいえ

【既往症・基礎疾患などの有無】 わかる範囲で○をつけて下さい

- ① 慢性の心臓、肝臓、腎臓又は呼吸器の病気がある方
- ② 免疫の機能を低下させる病気にかかっている方
- ③ 免疫の機能を抑制する治療を受けている方
- ④ 免疫異常に伴う神経疾患又は神経筋疾患にかかっている方
- ⑤ 神経疾患又は神経疾患を原因として、身体機能が低下している方
- ⑥ 染色体に異常のある方
- ⑦ 血液の病気にかかっている方 (18歳以上で、鉄欠乏性貧血にかかっている方は除く)

18歳以上の方のみ

- 1. インスリンやその他の糖尿病治療薬で治療中又は合併症のある糖尿病の方
- 2. 睡眠時無呼吸症候群の方
- 3. 重い精神疾患にかかっている方
- 4. 知的障害がある方
- 5. BMI (BMI = 体重(kg) / 身長(m)²) が30以上の方

【女性の方】 ① 妊娠・授乳なし ② 妊娠中(妊娠 _____ 週目) ③ 妊娠の可能性あり ④ 授乳中

【コロナワクチン接種歴】 ①なし ②あり(回数: _____ 回) → 最終接種年月: R 年 月 頃

Cov 抗原検査: 陰性・陽性 Cov PCR 検査: 陰性・陽性 Flu 抗原検査: 陰性・陽性

※以下記載不要

Cov 投薬 Flu 投薬 その他投薬

(★ Cov 重症度: 軽・中 I・中 II・重)