

# 発熱外来問診票（若倉診療所）

新型コロナウイルス感染症の拡大防止の為、来院前に問診票のご記入をお願いいたします。  
問診票は当院のメールアドレス（wakakura\_shinryujo@wakakura.jp）に送っていただくか、プリントアウトしてご持参ください。

記入日： 年 月 日

フリガナ		男	生年月日
氏名		女	大・昭・平・令 年 月 日 年齢（ ）歳
住所	〒 ー		
日中連絡の取れる電話番号			
車で来院される方	車種： /ナンバー： /色：		
当院受診歴	あり ・ なし	診察券番号	
身長	cm	体重	kg
職業			
来院時の体温（職員記入）	（ ）℃	酸素飽和度（職員記入）	（ ）%

1) 以下の症状がありますか？

- 発熱 (MAX °C)  
のどの痛み 鼻水 咳 たん 息苦しさ 強いだるさ (倦怠感) 頭痛  
臭いが分かりにくい 味が分かりにくい 吐き気・嘔吐 下痢  
その他 ( )

2) 症状はいつ頃からありますか？

本日の ( ) 時から・ ( ) 月 ( ) 日から

3) 2週間以内に新型コロナウイルス陽性 (疑いを含む) の方と濃厚接触 (COCOAの通知を含む) がありましたか？

はい いいえ わからない

(3の質問で「はい」を選んだ方へ) 具体的に教えてください。

- 感染者と同居、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  
マスクや手袋などの个人防护具なしで感染者の看護・介護をしていた。  
感染が疑われる者の気道分泌物、体液等に直接接触した。  
その他 (内容をご記入ください: )

4) 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ はい ( 糖尿病 慢性呼吸器疾患 (気管支喘息含む) 重度心疾患)  
( 高血圧症 慢性腎臓病 (GFR<30) 免疫抑制剤・抗がん剤の使用)  
( 治療中の悪性腫瘍 血液移植、骨髄移植、原発性免疫不全、HIV)  
( 臓器移植後 その他 \_\_\_\_\_ )

5) 現在、内服中の薬はありますか？

いいえ はい (薬名: \_\_\_\_\_ )

6) 新型コロナワクチンの接種はしていますか。

いいえ はい

(6の質問で「はい」を選んだ方へ) 直近のワクチン接種に関して具体的に教えてください。

\_\_\_\_\_ 回目接種 接種日: R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 / (メーカー: \_\_\_\_\_ )

7) 喫煙、飲酒について教えてください

喫煙: 吸わない 吸う ( \_\_\_\_\_ 本/日 × \_\_\_\_\_ 年間)

禁煙した ( \_\_\_\_\_ 年前から。それまで喫煙 ( \_\_\_\_\_ 本/日 × \_\_\_\_\_ 年間) )

飲酒: 飲まない 飲む (週 \_\_\_\_\_ 日) 種類・量 ( \_\_\_\_\_ )

8) 食べ物や薬・注射のアレルギー (気分が悪くなったり、じんましんが出たりする) はありますか？

なし あり ( \_\_\_\_\_ )

9) (女性の方のみ) 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい ( 妊娠中 \_\_\_\_\_ 週 妊娠の可能性あり 授乳中 )

10) その他聞きたいこと、伝えたいこと

( \_\_\_\_\_ )

※ご協力ありがとうございました。