

# 内科 問診票 咳・発熱用

マスク着用：あり・なし

フリガナ		男	住所	〒
氏名		女		
生年月日	年 月 日 ( 歳)			TEL： 携帯：

## [ご本人・ご家族について]

- ・職業 ( ) ・在宅ワーク あり (いつから )・なし
- ・同居者 ( ) ・家族の通勤状況 在宅 (いつから )・通勤
- ・お子様がいる場合、保育園への通所 あり・なし
- ・ペット あり (種類 )・なし
- ・1か月以内の渡航歴 あり (国名 )・なし
- ・海外滞在者との接触 あり (いつですか? )・なし
- ・新型コロナウイルス感染者との接触 あり (いつですか? )・なし
- ・新型コロナウイルス感染症 PCR 検査受検者との接触 あり (いつですか? )・なし

## [本日の症状について]

- ・本日の体温 ( °C) ・過去8日以内の 37.5°C以上の発熱 (あり・なし)
- ・発熱はいつからですか? ( )
- ・いつからどのような症状がありますか? ( )
- ・最高で何度まで体温があがりましたか? ( 月 日 時頃 °C)
- ・咽頭痛 (あり・なし) 咳 (あり・なし) 痰 (あり・なし) 頭痛 (あり・なし)
- 強いだるさ (あり・なし) 息切れ (あり・なし) 声のかすれ (あり・なし)
- 味・臭いの異常 (あり・なし) 下痢・軟便 (あり・なし) 皮疹 (あり・なし)
- 水分摂取 (できる・できない) 著しい食欲低下 (あり・なし)
- ・その他の症状 ( )

【医師・看護師・職員測定・SpO2 ( % )・血圧( / mmHg)・呼吸数( 回/分)】

- [その他]・薬のアレルギー あり (薬の名前 )・なし
- ・治療中の病気 あり (病名 )・なし
  - ・現在服用中の薬 ( )
  - ・いままで入院・手術を受けたことがありますか? あり・なし
  - ・喫煙されていますか? はい・いいえ

(女性の方へ) 妊娠中・またはその可能性はありますか? あり・なし

最終月経 月 日 授乳中ですか? あり・なし