

# 発熱問診票

《病院記入欄》  
 インフル（ ）  
 コロナ（ ）

ID:

年 月 日

フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日	年 月 日生（ ）歳
住所	携帯番号		
	車番等	車の色	No.
体重	kg		

症状及び状態	1)発熱	□あり（今日 °C / 昨日 °C / 一昨日 °C / 一昨々日 °C） □なし		
	2)咳	□あり（ 月 日頃から）	□なし	
	3)息苦しさ	□あり（ 月 日頃から）	□なし	
	4)全身倦怠感	□あり（ 月 日頃から）	□なし	
	5)頭痛	□あり（ 月 日頃から）	□なし	
	6)嘔気／嘔吐	□あり（ 月 日頃から）	□なし	
	7)下痢	□あり（ 月 日頃から）	□なし	
	8)味覚・嗅覚の異常	□あり（ 月 日頃から）	□なし	
	9)咽頭痛（のどの痛み）	□あり（ 月 日頃から）	□なし	
	10)上記以外の症状	（ ）		

コロナワクチン接種	接種回数（ ）回
-----------	----------

家族や職場での発熱者・体調不良者	□あり（関係 ）症状（ ）	□なし
------------------	---------------	-----

手持ち検査キットを使用の方	検査日（ R 年 月 日）	検体採取（ 鼻 ・ 唾液 ）
	インフルエンザ（ A ・ B ・ 陰性 ）	コロナ（ 陽性 ・ 陰性 ）

コロナ検査の結果、陽性の場合コロナ抗ウイルス薬を希望されますか？	□はい	□いいえ
はいの方 希望の調剤薬局はございますか？	□はい（ ）	□いいえ

現在服用中の薬	1)常用薬、内服の薬	□服用あり（ ） □なし
	2)免疫抑制剤・抗がん剤	□服用あり（ ） □なし
	3)ステロイド	□服用あり（ ） □なし
	4)お薬手帳はお持ちですか	□あり □なし

現在治療中の病気	□なし □緑内障 □前立腺肥大
	□高血圧 □糖尿病 □心臓病 □脳血管疾患 □脂質異常症 □肝臓病 □腎臓病 □透析
	□膠原病 □慢性閉塞性肺疾患（COPD） □ぜんそく □悪性腫瘍 □花粉症（アレルギー性鼻炎）
	□その他・アレルギー等（ ）

大きな病気・手術・入院 臓器移植を受けた事がありますか	□いいえ □はい（内容 ）
-----------------------------	---------------

アレルギーはありますか	□いいえ □はい（内容 ）
-------------	---------------

喫煙はされますか	□はい（ / 1日） □いいえ
----------	-----------------

現在妊娠中ですか（女性の方へ）	□はい（ 週目） □いいえ
-----------------	---------------