

発熱・風邪外来問診票

2020年 月 日

氏名	性別	生年月日	連作先
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		

受診目的

発熱	□あり(°C: 月 日から)	□なし
咳	□あり(: 月 日から)	□なし
痰	□あり(: 月 日から)	□なし
息苦しさ	□あり(: 月 日から)	□なし
倦怠感	□あり(: 月 日から)	□なし
咽頭痛	□あり(: 月 日から)	□なし
味覚・嗅覚障害	□あり(: 月 日から)	□なし
下痢	□あり(: 月 日から)	□なし
吐き気	□あり(: 月 日から)	□なし
頭痛	□あり(: 月 日から)	□なし
筋肉痛・関節痛	□あり(: 月 日から)	□なし
発疹	□あり(: 月 日から)	□なし
食事がとれない	□あり(: 月 日から)	□なし
上記以外	()	

集団感染リスク(2週間以内)

海外	□なし	□あり()	期間	月	日から	月	日
国内(県外)	□なし	□あり()	期間	月	日から	月	日
接触 □なし	□公共交通機関	□各種のイベント参加	□一定時間内屋内で複数の人と接触				
家族や職場での発熱、	体調不良者	□なし	□あり(関係:)				
●県外から移動した人	との接触	□なし	□あり				

屋内(カラオケ、レストラン、飲み屋(夜のお店を含む)、スポーツジム、ライブハウスなど)

現在治療中の病気

□なし □あり()

喫煙歴

喫煙歴 □あり (年間) □なし

アレルギー性疾患(アレルギー性鼻炎など)

□あり □なし

現在服用している薬

常用薬 □あり() □なし

ステロイド □あり() □なし

妊婦(女性の方).□あり(週目) □なし

保健所への連絡□あり □なし

お願い：当院は新型コロナウイルス感染に対して十分な感染予防対策がとれていないため、この問診と簡単な診察による診療となるため、上記すべての質問に必ずお答えください。

2020年4月18日 田井メディカルクリニック 院長