

ID: _____ 体温: _____ °C

発熱外来問診票

ふりがな

氏名: _____ (男・女)

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所: 〒 _____

電話番号: (自宅) _____ (携帯) _____ 職業: _____

●いつから、どのような症状がありますか。具体的に記入してください。

●濃厚接触者に該当する: いいえ はい (_____)

●コロナ検査の実施: _____

無 ・ 有 (実施日: _____ 月 _____ 日) (抗原検査・PCR検査) (陽性・陰性)

●既往歴 (過去または現在治療中の病気): _____

●現在治療中の薬の名前: _____

●喫煙: 吸わない 吸う

●コロナワクチン接種回数: _____ 回

●最近の海外渡航歴: 無 ・ 有 (_____)

●アレルギー歴: 無 ・ 有 (_____)

●(女性の方) 妊娠の有無: 無・有 (妊娠 _____ W)