

## 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。  
(濃厚接触者の場合は、いつ・どこで接触したのか等、経緯についてお書きください)

- 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 : 吸う ( \_\_\_\_\_ 本/日) \_\_\_\_\_ 吸わない \_\_\_\_\_ 以前吸っていた

- 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)