

※赤枠内にご記入ください。

問診票入力： 済 ・ 未

発熱等対応 問診票

検査結果：連絡済 処方：あり ・ なし

その他：追加検査あり カルテ参照

新患受付依頼 時 分

連絡 来院時間 時 分

受診要請月日： 年 月 日 時 分

新患受付 ・ 検査科 保健所 () (コロナ陽性者・濃厚接触・発熱) ・ 一般 ・ 他の病院 ・ 施設 ・ 正面玄関

氏名(性別)	フリガナ 男 ・ 女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 (歳)	国 籍
職 業	会社名 詳しい業務内容 通勤：電車・車・その他	診察券番号			
住 所			電 話	-	-
来院手段	☐ 車(車種： 色： ナンバー：) ☐ 自転車 ☐ 徒歩 ☐ その他()				

症 状 ・ 行 動 歴

1. 現症状 ☐ なし ☐ あり ※ある場合は下記項目へ○をつけてください。
発熱 ・ 咳 ・ 咳以外の急性呼吸器症状 ・ 肺炎像 ・ 重篤な肺炎 ・ 急性呼吸窮迫症候群 ・
多臓器不全 ・ 全身倦怠感 ・ 頭痛 ・ 嘔気/嘔吐 ・ 下痢 ・ 結膜炎 ・ 嗅覚/味覚障害 ・ 咽頭痛
その他 ()
2. 症状の経過
発症日： 月 日 時ごろから
3. 新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか ☐ なし ☐ あり ☐ 不明
1 回目 (接種年月日： 年 月 日) 2 回目 (接種年月日： 年 月 日)
3 回目 (接種年月日： 年 月 日) (製造会社： ファイザー ・ モデルナ ・ アストラゼネカ)
4. 治療中の病気などがありますか ☐ なし ☐ あり (かかりつけ医療機関：)
☐悪性腫瘍 ☐慢性閉塞性肺疾患 (COPD) ☐慢性腎臓病 ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐脂質異常症
☐肥満 (BMI30 以上) 身長 cm / 体重 kg ☐アレルギー ()
☐その他
5. 喫煙していますか。
☐ 喫煙しない ☐ 喫煙する 最終喫煙時間 時 分
6. 妊娠していますか。
☐ 妊娠していない ☐ 妊娠している
7. 同居している人はいますか。
☐ いない ☐ いる → (続柄： 人暮らし)
8. 同居家族・学校・勤務場所などに症状のある方はいますか
()
9. 症状が出た日以前の 14 日間の行動歴について記入をしてください
① 旅行 ☐ なし ☐ あり (どこへ：) (期間： 月 日 ~ 月 日)
② 同居者以外との会食 ()
③ その他 ()

持ち物：保険証・診察券・お薬手帳・水分・筆記用具

来院月日 年 月 日 時間 分 ※問診時、しっかりと情報収集を実施してください

バイタルサイン： 時 分 BT： °C P： 回 Spo2： % RR 回 BP / mmHg 小児体重 kg

症状： 2022 年 1 月 26 日