

発熱外来問診票

酸素飽和度 _____%

ふりがな		性別	体重
お名前		男 ・ 女	kg
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (才)		
郵便番号	〒 -		
住所			
電話番号	()		
喫煙歴	なし あり (____年 × ____本数)		
発熱はいつからありましたか	本日の体温 _____℃ ____月____日____時 から		
気になる症状を選択して下さい	咳 鼻水 のどの痛み 吐き気 嘔吐 腹痛 下痢 頭痛 倦怠感 関節痛 その他()		
基礎疾患がある方は選択して下さい	糖尿病 高血圧 脂質異常症 脳血管疾患 認知症 心不全 呼吸器疾患 抗がん剤の使用 その他()		
妊娠中/授乳中ですか	いいえ はい ____週		
アレルギーはありますか	いいえ はい 薬剤() その他()		
ご自身で抗原検査を実施していれば結果を選択して下さい	検査日 / コロナ(陽性/陰性) インフルエンザ(陽性/陰性)		