

【山形協立診療所 発熱外来問診票】

コロナ検査希望	有	無
インフルエンザ検査希望	有	無

お車でご記入の方は、ご記入が終わり次第
0263-98-3933 へお電話をお願いします

患者氏名： _____

住所： _____

携帯電話番号： _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 職業 _____

本日の体温 (_____ 度) SPO2 (_____ %)

1. あてはまる症状に○をしてください

症状発生日 (_____) ※症状がある場合

- ・呼吸困難 ・発熱 ・悪寒 ・倦怠感 ・食量低下 ・頭痛 ・鼻汁 ・鼻閉 ・咽頭痛 ・咳 ・痰 ・腹痛
- ・嘔気嘔吐 ・下痢 ・頻尿 ・排尿時痛 ・残尿感 ・関節痛 ・筋肉痛 ・皮疹 ・味覚症状 ・嗅覚症状
- ・その他 (_____)

2. 同居の方に○をしてください

- ・配偶者 ・子 ・母 ・父 ・祖父 ・祖母 ・孫 ・兄弟姉妹 ・パートナー ・一人暮らし
- ・その他 (_____)

3. 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触(※)はありましたか？

※感染者と同居している場合、1m以内でマスク無しで15分以上対面、車内等で長時間接触、ツバやくしゃみに触れた場合など

COVID-19 あり _____ なし

4. インフルエンザ陽性者との接触はありましたか？

インフルエンザ あり _____ なし

5. 新型コロナワクチン接種歴

直近の新型コロナウイルスワクチン接種年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日頃 ・ 不明

6. 重症化のリスクとなる既往について

- ・治療中の悪性腫瘍(がん・癌) _____ ・慢性呼吸器疾患(COPD、喘息等)
- ・慢性腎臓病・腎不全 _____ ・心血管疾患(狭心症、心筋梗塞等) _____ ・脳血管疾患(脳梗塞等)
- ・現在、喫煙している(タバコを吸っている) _____ ・高血圧 _____ ・糖尿病
- ・脂質異常症 _____ ・肥満(BMI30以上)
- ・臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤、HIV感染症等による免疫機能の低下 _____ ・妊娠している _____ 週目
- ・その他 (_____)

7. 定期的に飲んでいる薬について(当てはまる項目に○をしてください)

定期的に飲んでいる薬： ・あり ・なし

上記が「あり」の場合で、当院以外の医療機関から出ている薬の有無： ・あり ・なし

当院以外から出ている薬がある場合、飲んでいる薬が分かるもの(お薬手帳等)を御呈示ください。