

BT :	P :
SpO2 :	

発熱外来問診票

受診日 令和 年 月 日

フリガナ		男	生年	大正・昭和	年	月	日
氏名		女	月日	平成・令和	()	歳	
住所	〒	電話番号 : () -					
		携帯番号 : - -					
		緊急連絡電話番号 : () -					
身長 :	体重 :	※ご本人以外の方の番号をご記入下さい。続柄 ()					

最初にどのような症状があり、それはいつからですか？

症状： 月 日から

以下、該当するものに○をつけ、必要事項をご記入ください。

☆現在、下記の症状はありますか。 (有 ・ 無)

発熱 (°C)	咳	痰	鼻水	喉の痛み	息苦しい	頭痛	関節痛
倦怠感	食欲がない	嘔気	嘔吐	下痢	腹痛	嗅覚味覚異常	

☆同居家族・お世話をする家族や友人など身近な人などに新型コロナウイルス感染症患者や濃厚接触者の方がいましたか？ (はい ・ いいえ)

☆同居家族・同居している方は風邪症状がありますか？ (はい () ・ いいえ)

☆現在、治療中の病気や内服中の薬がありますか。 (有 ・ 無)

病名
薬剤名 (お薬手帳をお持ちの方はお見せください)

☆今までに大きな病気をしたり、手術を受けたりしたことがありますか。 (有 ・ 無)

病名

☆今までに食べ物や薬 (注射を含む) でアレルギーが出たことがありますか。 (有 ・ 無)

薬・食べ物の名前と副作用の内容

<<介護サービス利用の方>>

☆利用している介護サービス事業所で新型コロナウイルス感染者・疑いの方がいますか？ (いる ・ いない)

☆利用している介護サービス事業所はどこですか？ ()

<<女性の方にお聞きします>>

☆現在妊娠していますか？ (はい ・ いいえ ・ わからない)

☆現在生理中ですか？ (はい ・ いいえ (最終月経 : 月 日))

☆現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

宇野医院

① 未成年の方は保護者の氏名と連絡先をご記入ください

保護者氏名〔 〕 続柄〔 〕

連絡先〔 〕

② 職業/学校名〔 〕

③ 新型コロナウイルスワクチン接種歴 **(最近の接種だけで結構です)**

1回目〔 有 ・ 無 〕 ・ 不明 ワクチンの種類〔 〕

接種日〔 R 年 月 日 ・ 不明 〕

2回目〔 有 ・ 無 〕 ・ 不明 ワクチンの種類〔 〕

接種日〔 R 年 月 日 ・ 不明 〕

3回目〔 有 ・ 無 〕 ・ 不明 ワクチンの種類〔 〕

接種日〔 R 年 月 日 ・ 不明 〕

4回目〔 有 ・ 無 〕 ・ 不明 ワクチンの種類〔 〕

接種日〔 R 年 月 日 ・ 不明 〕

5回目〔 有 ・ 無 〕 ・ 不明 ワクチンの種類〔 〕

接種日〔 R 年 月 日 ・ 不明 〕

④ 以下に該当する基礎疾患はありますか。〔 有 ・ 無 〕

〔 悪性腫瘍 ・ 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) ・ 慢性肺疾患 (喘息含む) ・ 慢性腎臓病 ・
慢性肝疾患心血管疾患 (高血圧含む) ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 肥満 (BMI30 以上) 〕

⑤ 臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その他の事由により免疫の機能が低下しているおそれ
がありますか？ 〔 有 ・ 無 〕

⑥ たばこを吸いますか？ 〔 吸う(吸ったことがある)(1日 ____ / 本 ____年間) ・ 吸わない 〕

宇野医院
一宮市三条字エグロ78番地1

0586-61-0023