

成人発熱外来 問診票

* 該当する方は○をつけて下さい

65歳以上の方・妊娠中の方・人工透析患者・抗癌剤による治療中又は治療直後の方

患者氏名：

生年月日：T・S・H・R 年 月 日

携帯番号（ ）

・本日の体温 °C ・SPO2 % コロナワクチン接種：未・（ ）回目済み

・アレルギー有（ ）無 ・妊娠の可能性 有 ・ 無

■症状について ◻ の印を□に記入して下さい

□37.5°C以上の発熱 □咳 □痰の増加 □血痰 □鼻づまり・鼻水

□味覚の障害 □臭いの障害 □のどの痛み □頭痛 □胸の痛み □下痢

□さむけ □筋肉・関節の痛み □倦怠感(だるさ) □息切れ・呼吸困難感

□その他（ ）

■上記の症状はいつからですか？（ ）

■現在かかりつけの病気や過去の手術歴などありましたら記入ください

例) 18歳又は2013年	盲腸(虫垂炎)	手術 治療中・終診	岩見沢市立病院
		手術・治療中・終診	
		手術・治療中・終診	
		手術・治療中・終診	
		手術・治療中・終診	

■2週間以内に周囲にかぜ症状や新型コロナウイルス感染症疑いの方がいた □はい □いいえ

はいと応えた方は具体的に詳細に（ ）内に記入下さい

（ ）

■2週間以内に5人程度以上集まる集会やイベントに参加した □はい □いいえ

はいと応えた方は具体的に詳細に（ ）内に記入下さい

（ ）