

年 月 日

# 発熱・感染外来問診票

診察券 ID

氏名	性別	生年月日	連絡先
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		

自家用車（車種/色/番号） ER 内待合

## 受診目的

- ・発熱  あり（ ℃： 月 日から）  なし
- ・咳  あり（ 月 日から）  なし
- ・痰（咳以外の急性呼吸器症状）  
 あり（ 月 日から）  なし
- ・全身倦怠感  あり（ 月 日から）  なし
- ・頭痛  あり（ 月 日から）  なし
- ・嘔気／嘔吐  あり（ 月 日から）  なし
- ・下痢  あり（ 月 日から）  なし
- ・結膜炎  あり（ 月 日から）  なし
- ・嗅覚・味覚障害  あり（ 月 日から）  なし
- ・上記以外（ ）

## 集団感染リスク（2週間以内）

- ・国内（県外外出）  なし  あり（場所： ）（期間 月 日～ 月 日）
- ・接触  なし  一定時間 屋内で複数の人と接触（いつ： だれと： 目的： ）
- ・家族や職場で発熱者、体調不良者  なし  あり（関係 ）
- ・同居家族の人数（ 人）
- ・寮や社宅などで共有スペースの利用  なし  あり

## 現在治療中の病気

- ・疾患名  なし
- 高血圧  糖尿病  心臓病  脳血管疾患  肝臓病
- 腎臓病  透析  ぜんそく  膠原病  悪性腫瘍（ ）
- その他（ ）

## 喫煙歴

- ・喫煙歴  あり（ 年間）  なし

## 現在服用している薬

- ・常用薬、内服中の薬  あり（ ）  なし
- 妊娠（女性の方）  はい（ 週目）  いいえ