

発熱外来 予診票

必要な事項を記入のうえ、お持ちください

フリガナ		男・女	生年月日	年	月	日
氏名				(満 歳)		
住所	〒					
電話番号			国籍	日本・日本以外()		

体温	本日の体温	℃
	いつごろから熱が出ましたか？	今日・昨日・一昨日・それ以前 ()
症状	いずれかの症状はありますか？当てはまるものに○をつけてください。 咳 ・ 痰 ・ のどの痛み ・ 鼻水が出る ・ 息が苦しい ・ 頭痛 強いだるさ ・ 筋肉痛 ・ 下痢 ・ 食べ物の味がしない ・ 匂いを感じない	
	いつごろから症状が出ましたか？	今日・昨日・一昨日・それ以前 ()
ワクチン接種	1 回目 (接種済・未接種)	年 月 日 (ファイザー・モデルナ・その他)
	2 回目 (接種済・未接種)	年 月 日 (ファイザー・モデルナ・その他)
	3 回目 (接種済・未接種)	年 月 日 (ファイザー・モデルナ・その他)
基礎疾患など	現在かかっている病気はありますか？当てはまるものに○をつけてください。 なし・糖尿病・血性心疾患・慢性呼吸器疾患・透析加療中・そのほか ()	
濃厚接触	新型コロナウイルス感染症と診断された方や、 その疑いのある方との濃厚接触※はありますか？ はい ・ いいえ	
常備薬	家庭に常備している薬はありますか？当てはまるものに○をつけてください。 なし・頭痛薬・鎮痛剤・整腸剤・処方薬 ()	
あなたのこと	アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ	
	精神的な不安(パニック障害や閉所恐怖症など)はありますか？ はい ・ いいえ	
	現在妊娠中ですか？(女性のみ) はい ・ いいえ	

※ 濃厚接触とは

- 新型コロナウイルス感染症と診断されたまたは疑いのある者と同居あるいは長時間の接触(車内、航空機等を含む)があった方。またはお互いにマスクをせずに 30 分以上室内で過ごした方。
- 新型コロナウイルスと診断されたまたは疑いのある者の気道分泌液(痰、鼻水)もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性の高い方。

医院記入欄

体温	℃	SpO ₂	%
----	---	------------------	---