ひいらぎ耳鼻咽喉科　　発熱外来　問診票

フリガナ		生年月日
お名前	（性別　　男　　女 ）	明治・大正 ・昭和・平成・令和　　年　　月　　日 歳
電話番号	－　　－	体重（１２歳以下の方は必ずご記入ください）　　ｋｇ
ご住所	〒　　―	

1、症状

病院記載

SPO2　　%

①発熱　　℃　　いつから　　月　　日 から

最高発熱　　℃

解熱剤の使用　　□なし　　□あり（最終使用　　）

②症状のあるものにチェックをしてください。

□咳　　（　少し ・ ひどい　・　痰がらみ　・　乾いた咳　・ケンケンした咳　）

□鼻水　　（　少し ・ ひどい　・　透明　・　黄色　・　緑色　）

□咽頭痛　（　少し ・ ひどい　）

□痰　　（　透明 ・ 黄色　）

□呼吸困難・息苦しさ

その他　　□倦怠感（　重度 ・ 軽度　）　　□関節痛　　□頭痛

□下痢　（　1～5 回/日 ・ 5～10 回/日 ・ 10 回以上　）

□嘔吐　（　1～5 回/日 ・ 5～10 回/日 ・ 10 回以上　）

□味覚障害　　□嗅覚障害　　□結膜炎

2、治療中の病気　　□なし　　□あり（ 病名：　　）

3、これまでお薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことはありますか？　　□なし　　□あり

（具体的に教えてください　　）

4、２週間以内の行動歴・接触歴の確認（同居家族も含む）

①新型コロナ感染者との接触歴　　□なし　　□あり

②周囲での風邪症状等の有症状者　　□なし　　□あり

③インフルエンザ感染者との接触歴　　□なし　　□あり

5、新型コロナワクチン接種歴　　□なし　　□あり 最終接種　　年　　月

6、今年季節性インフルエンザワクチン接種歴　□なし　　□あり

7、女性の方へお聞きします。現在妊娠中または授乳中ですか？　　いいえ ／ 妊娠中 ／ 授乳中

8、12 歳以下の方へ　　飲める剤型を教えてください。　錠剤　　粉薬　　ドライシロップ　　シロップ

ご協力ありがとうございました。