

体温

℃

発熱者用問診票

COVID-19 検査希望 あり・なし

氏名； 年齢； 歳 性別；男・女 電話； 職業；

●症状はいつからですか？ []

●以下の症状はありますか？ 解熱剤の使用；あり（ 時に(薬品名) を使用)

発熱（ ℃） 咳 鼻水 痰 咽頭痛 息苦しさ 食欲不振 頭痛

嗅覚・味覚異常 腹痛 吐き気 下痢 関節痛 倦怠感 その他[]

●以下に当てはまれば、教えてください 感染した原因に心当たりがある [日時/場所]

・2週間以内に府外へ移動した。 なし あり 場所 [] 時期 []

・イベント、コンサート、研修会などへ参加した。 なし あり 時期 []

・複数での会食、カラオケ、接待に参加した。 なし あり 時期 []

・周りに発熱や同様の症状の人がいる。 なし あり 家族 職場・学校 友人 その他

・家族や職場などで新型コロナウイルス陽性者との接触歴がある。 なし あり

●現在治療中の病気、これまでにかったことのある病気はありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 脳卒中 癌 喘息 呼吸器疾患 免疫抑制剤の使用

その他 [] 新型コロナウイルス感染（ 月 日 陽性）

●現在服用中の薬はありますか？ なし あり [薬品名]

●アレルギー なし あり []

●喫煙 なし 現在あり [本/日] 過去あり [年前まで 本/日]

●妊娠・授乳 妊娠なし 妊娠あり 授乳中

●コロナウイルスのワクチン接種 未接種 接種済（2回目； 月 日終了）

●インフルエンザワクチン接種 未接種 接種済（ 月 日終了）

おおやぶ内科・整形外科