

発熱/新型コロナウイルス感染症に関する問診票

受診日：2022年 月 日 氏名

生年月日 西暦 年 月 日

検査結果のご連絡先 TEL

来院時の体温 度

酸素飽和度
※診察室で測ります %

診療のため、下記の質問にご協力ください。

質問 1. 以下にあてはまることがありますか？

質問	お答え	
新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2週間以内に居住地外の都道府県または海外に行きましたか どこに[]	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2週間以内に発熱と咳が出てきた人と一緒にいたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2週間以内に、同居人以外との2人以上の飲食、集会・イベントへの参加などの機会がありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以下の基礎疾患(治療中の病気)などはありますか <input type="checkbox"/> はい (○をつけてください) 悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病 脂質異常症 肥満(BMI 30以上) 喫煙歴 その他[]	<input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠(またはその可能性)はありますか (週数)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
新型コロナワクチンを接種しましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月) <input type="checkbox"/> 3回 (年 月) ワクチンの種類 (ファイザー・モデルナ・不明)	
小児(15歳以下)の方:集団生活をしていますか (園、学校名 :)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2週間以内に園、学校(塾や部活動を含める)でコロナ陽性の人はいいますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

質問 2. 以下の症状がありますか？ いつからですか？

症状	お答え	いつから
発熱	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 最高 度 続いている期間 日間	
頭痛	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
咳(せき)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
痰(たん)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
鼻水	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
のどの痛み	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
症状	お答え	いつから
息苦しさ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
強いだるさ(倦怠感)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
臭いがわかりにくい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
味がわかりにくい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
吐き気・おう吐	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
下痢	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	