

# 【発熱に関する問診票】

記入日 令和 年 月 日

氏名				男・女	診察券 No. ※お持ちの方	
生年月日	西暦・S・H・R	年	月	日		歳
住所	〒					
携帯電話番号				電話番号		
ご職業	会社員 ・ 自営業 ・ パート ・ 学生 ・ その他 ( )					

## 発熱について

①	現在の体温は？	( . °C)			
②	いつ頃から 37.5°C以上になりましたか？	月	日	時間前	日前
			時頃		
③	2週間以内に、人の密集する場所に行きましたか？			はい	いいえ
④	周囲・同居者 で発熱や風邪症状の方はいましたか？			はい 同居者 周囲	いいえ
⑤	解熱剤は服用しましたか？			はい	いいえ
⑥	現在、妊娠の可能性はありますか？			はい	いいえ

●検査を希望されますか？  コロナ  インフルエンザ  希望しない

## 症状について

①	のどの痛み	はい	いいえ	⑥	強いだるさ	はい	いいえ
②	鼻水	はい	いいえ	⑦	吐き気・嘔吐	はい	いいえ
③	咳(せき)	はい	いいえ	⑧	下痢	はい	いいえ
④	痰(たん)	はい	いいえ	⑨	関節痛・筋肉痛	はい	いいえ
⑤	息苦しさ	はい	いいえ	⑩	しっしん	はい	いいえ

上記以外の症状