

発熱・感染外来問診票

(ふりがな)

氏名

ID:

性別 男 女

番

生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (歳) 付き添い者 なし あり()

住所

携帯電話 - - 車の色() ナンバー()

1. 受診理由についてお聞きします (できるだけ詳しく)

発熱歴

- ・発熱……(なし・あり) いつ頃から 月 日～ : °C
- ・咳 ……(なし・あり) 月 日～
- ・痰 ……(なし・あり) 月 日～
- ・息苦しさ……(なし・あり) 月 日～
- ・だるさ……(なし・あり) 月 日～
- ・咽頭痛……(なし・あり) 月 日～
- ・下痢……(なし・あり) 月 日～
- ・吐き気……(なし・あり) 月 日～
- ・頭痛……(なし・あり) 月 日～
- ・筋肉痛・節々の痛み(なし・あり) 月 日～
- ・発疹……(なし・あり) 月 日～
- ・味覚障害……(なし・あり) 月 日～
- ・上記以外の症状 月 日～



月	日	時頃	体温	内服歴
月	日	時頃	°C	
月	日	時頃	°C	
月	日	時頃	°C	
月	日	時頃	°C	
月	日	時頃	°C	
月	日	時頃	°C	
月	日	時頃	°C	

受付 来院時体温

°C

2. 渡航歴／旅行歴／集団感染リスク(2週間以内)

地名

期間

- ・海外 なし あり どこに行かれましたか(例:アメリカ、イタリア) 月 日～ 月 日
 - ・国内 なし あり どこに行かれましたか(例:東京) 月 日～ 月 日
 - ・接触 なし スポーツジム カラオケ 居酒屋
一定時間屋内で複数の人と接触 その他() 月 日～ 月 日
 - ・家族や職場で発熱者 なし あり(関係:)
 - ・県外からの来客と会いましたか なし あり (関係:) いつ頃 月 日
 - ・新型コロナウイルス陽性者との接触 なし あり (関係:) いつ頃 月 日
 - ・新型コロナウイルスのワクチンは接種しましたか なし あり 回
- (直近: 年 月 日)

3. 現在治療中の病気 なし

- 高血圧 糖尿病 心臓病 脳血管疾患 肝臓病 腎臓病
- 透析 喘息 肺疾患 膠原病 悪性腫瘍
- その他()

4. 花粉症(アレルギー性鼻炎) なし あり

5. 現在服用している薬 なし

- ・常用薬、内服中の薬 あり()
- ・免疫抑制剤 なし あり()
- ・ステロイド なし あり()
- ・妊娠 なし あり(週目)
- ・保健所への連絡 なし あり

(問診後看護師記入)トリアージレベル 緊急・準緊急・低緊急

北杜市立甲陽病院 (作成:2022.7)