

# 感染症外来問診票

令和2年 月 日 ( ) 時 分

フリガナ	生年月日		
氏名	男 ・ 女	T・S・H・R	年 月 日 ( 歳)
住所	〒		
電話番号	携帯番号		

1. いつ頃から、どのような症状ですか？

( 年 月 日より 症状： )

2. 現在もある症状について、つらい症状から番号をつけてください。

- ( ) 発熱 ( °C)      ( ) 倦怠感      ( ) 筋肉・関節痛  
 ( ) 息苦しい      ( ) 咳      ( ) のどの痛み  
 ( ) 痰 (色：白・黄・透明・その他 )      ( ) 頭痛  
 ( ) 鼻汁 (色：白・黄・透明・その他 )      ( ) 湿疹  
 ( ) 嘔気      ( ) 嘔吐      ( ) 食欲なし  
 ( ) 腹痛      ( ) 下痢      ( ) 味覚・嗅覚の異常

・2週間以内に、県外の訪問・滞在がありますか？       ない

ある (いつ： 月 日 都道府県名： )

・2週間以内に、県外からの訪問者と接触はありますか？       ない

ある 都道府県名： \_\_\_\_\_

・家族で2週間以内の県外訪問・滞在はありますか？       ない

ある 都道府県名： \_\_\_\_\_

・新型コロナウイルス感染者、または疑わしい者との接触がありますか？       ある       ない

3. 現在内服している病気がありますか？ かかりつけ医療機関はありますか？

病名 ( ) 内服薬 ( )

かかりつけ医療機関 ( )

4. 薬や食べ物でアレルギー（蕁麻疹など）が出現したことがありますか？

ある ( )       ない

5. 喘息はありますか？

ある       ない

↳ 現在治療中の有無       あり       なし      最終発作はいつ頃ですか？ ( 年 月頃)

6. 女性の方へ

・妊娠していますか？      はい ( カ月)      いいえ

・授乳中ですか？      はい      いいえ