発熱・風邪症状 問診票

年　　月　　日

ふりがな		男 ・ 女	歳
お名前			

来院時の体温（　　）℃

※以下の事項について、はい、もしくは、いいえ、に〇をつけてください。

① 発熱（37.5℃以上）	はい	いつから（　　） 最高体温（　　℃）	いいえ
② のどの痛み	はい	いつから（　　）	いいえ
③ 鼻水	はい	いつから（　　）	いいえ
④ 咳（せき）	はい	いつから（　　）	いいえ
⑤ 痰（たん）	はい	いつから（　　）	いいえ
⑥ 息苦しさ	はい	いつから（　　）	いいえ
⑦ 強いだるさ（倦怠感）	はい	いつから（　　）	いいえ
⑧ 臭い・味がわからない	はい	いつから（　　）	いいえ
⑨ 嘔気・嘔吐	はい	いつから（　　）	いいえ
⑩ 下痢	はい	いつから（　　）	いいえ
⑪ 腹痛	はい	いつから（　　）	いいえ
⑫ その他の症状（　　）			
⑬ 新型コロナウイルス陽性の方　確認日（　　）			

- 5日以内に新型コロナウイルス感染症の方と接触がありましたか？（ はい ・ いいえ ）
- 新型コロナウイルスワクチンは接種されましたか？（ はい ・ いいえ ）
- 新型コロナウイルス抗原検査を希望しますか？（ はい ・ いいえ ）
- 本日はお薬手帳を持ってきましたか？（ はい ・ いいえ ）

◎ 新型コロナウイルス感染症疑いの方の診察は医療費に係る公費負担が終了するため、自己負担が増えることをご了承ください

最後までご記入いただきありがとうございました。

間中胃腸内科外科