

## 発熱・風邪症状 問診票

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	
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○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( )	
インフルエンザウイルス陽性の方		確認日( )	

- 5日以内に感染症の方と接触がありましたか？ (新型コロナウイルス・インフルエンザ・いいえ)
- 予防接種は接種されましたか？ (新型コロナウイルスワクチン・インフルエンザワクチン・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)
- インフルエンザ抗原検査を希望しますか？ (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