

※赤枠内にご記入ください

問診票入力： 済 ・ 未

発熱時対応 問診票

新患受付依頼 時 分

連絡

来院時間

時

分

受診要請月日：

年

月

日

時

分

新患受付 ・ 検査料 保健所 ( ) (コロナ陽性者・抗原検査陽性者・濃厚接触者・発熱) ・ 一般 ・ 他の病院 ・ 施設 ・ 正面玄関

氏名 (性別)	フリガナ	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 ( 歳)				
	男 ・ 女						
診察券番号			国籍				
職業	会社名 詳しい業務内容	携帯番号	本人	—	—	本日の連絡先 □	
	通勤：電車・車・その他		保護者/ご家族 ※19歳以下	氏名：	—		—
住所	自宅電話番号： — —		施設	—	—	□	
来院手段	□車 (車種： 色： ナンバー： ) □自転車 □徒歩 □その他 ( )						
身長	cm	体重	kg	□肥満 (BMI 30以上) BMI		アレルギー □なし □あり( )	

症状・行動歴

1. 症状の経過

発症日： 月 日 時ごろから

※抗原検査 (□東京都配布・□医療用・□その他) ・PCR検査センター 陽性の方 □登録あり □登録なし (できない)

↳ 検査必要

(□届出対象者 □対象外)

2. 新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか

□ なし □ あり □ 不明

接種回数 □1回 □ 2回 □ 3回 □ 4回 □5回

最終接種年月日 ※必須： 年 月 日 (ファイザー ・ モデルナ ・その他 ( ))

3. 治療中の病気などがありますか

□ なし □ あり (かかりつけ医療機関： )

□悪性腫瘍 □慢性閉塞性肺疾患 (COPD) □慢性腎臓病 □高血圧 □糖尿病 □脂質異常症  
□その他

4. 喫煙していますか。

□ 喫煙しない □ 喫煙・禁煙の方 歳 ～ 歳まで喫煙 (1日 本)

5. 妊娠していますか。

□ 妊娠していない □ 妊娠している ( w)

6. 同居している人はいますか。

□ いない □ いる → (続柄： 人暮らし )

7. 同居家族・学校・勤務場所などに症状のある方はいますか

( )

8. 症状が出た日以前の14日間の行動歴について記入をしてください

① 旅行 □なし □あり (どこへ： ) (期間： 月 日 ～ 月 日 )

② 同居者以外との会食(日時： )(どなたと： 友人・職場の方・同居していない家族・ )

持ち物

・ 保険証 ・ 診察券 ・ お薬手帳 ・ 水分 ・ 筆記用具  
・ 自主検査の結果 (PCR・抗原) あり / なし  
・ 直前の熱測定 ・ トイレの説明 ・ 駐車場の料金説明

インフルエンザ検査説明 (発熱12時間以上/検査料金)  
当院以外で診断された場合 証明文書持参 (写真可)

来院月日 年 月 日 時間 分 ※問診時、しっかりと情報収集を実施してください

バイタル： 時 分 BT： °C P： 回 Spo2： % RR 回 BP / mmHg

現症状 □ なし □ あり

・ 発熱 ( 時 °C) ・ 咳 ・ 痰 ・ 咳以外の急性呼吸器症状 ・ 頭痛 ・ 鼻汁 ・ 鼻閉 ・ 食欲低下  
・ 水分摂取 (可・否) ・ 全身倦怠感 ・ 嘔気/嘔吐 ・ 下痢 ・ 結膜炎 ・ 嗅覚/味覚障害  
・ 咽頭痛 (嚥下 可・否) ・ ADL ( )  
・ その他