

※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 男・女	生年 月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 (歳)
診察券番号	国籍		
職業	会社名 詳しい業務内容 通勤：電車・車・その他	携帯番号	本人 — — 本日の連絡先 □
住所	自宅電話番号： - - -	保護者/ご家族 ※19歳以下	氏名： — — □
		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( )

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. 治療中の病気などはありますか □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 年～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・( ))

・保険証・診察券・お薬手帳・水分・筆記用具

インフルエンザ検査説明(発熱12時間以上/検査料金)

持ち物 ・自主検査の結果(PCR・抗原)あり/なし

当院以外で診断された場合 証明文書持参(写真可)

・直前の熱測定・トイレの説明・駐車場の料金説明

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

バイタルイン： 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