

来院時体温

℃

感染症に関する問診票

回答欄の該当項目に☑をつけてください。また、必要な個所の（ ）にご記入ください。

下記の症状で当てはまる症状はありますか。（複数可）

	発熱（ 月 日から 最高 ℃）		味覚異常（ 月 日から）
	咳（ 月 日から）		臭覚異常（ 月 日から）
	鼻水（ 月 日から）		倦怠感（ 月 日から）
	咽頭痛（ 月 日から）		関節痛（ 月 日から）
	吐き気（ 月 日から）		息切れ（ 月 日から）
	下痢（ 月 日から）		

質 問	回 答
新型コロナウイルス感染症にかかったことがありますか。	なし あり（ 回、直近の感染 年 月）
ここ数日で新型コロナウイルス陽性(疑い含む)の方との接触、もしくは身近で流行がありますか。	なし あり (接触者：)
今回の症状に対して新型コロナウイルスの検査を行いましたか。(自宅を含む)	行っていない 行った(結果： 陰性 ・ 陽性 検査場所：)
新型コロナウイルスワクチンの予防接種をしましたか。	なし あり（ 回、最終接種 年 月 日 最終の種類：ファイザー ・ モデルナ ・ 他）
ここ数日でインフルエンザの方との接触、もしくは身近で流行がありますか。	なし あり
今回の症状に対してインフルエンザの検査を行いましたか。(自宅を含む)	行っていない 行った(結果： 陰性 ・ 陽性 検査場所：)
1年以内にインフルエンザワクチンの予防接種をしましたか。	なし あり
ここ数日、身近で他の感染症の方がいますか。	なし あり(溶連菌・アデノウイルス・胃腸かぜ・マイコプラズマ・RSウイルス ・その他())
感染症の検査の希望はありますか。※検査の要否は医師の判断となります	なし あり

※この問診票を確認しながら診察を行います。上記と同様の質問を繰り返させていただくこともあります。

患者氏名： _____

受診時に連絡の取れる携帯電話番号 _____

・ □ない (必ず記入ください)

車で待機される方 _____

車種 _____

色 _____

ナンバープレート _____