

発熱外来問診票

以下の①～④にあてはまる方は○をつけてください

① 65歳以上の者

② 入院を要するもの

③ 重症化のリスクがあり、かつ新型コロナ治療薬の投与又は新たに酸素投与が必要と医師が判断する者

悪性腫瘍、慢性呼吸器疾患（COPD等）、慢性腎臓病、心血管疾患、脳血管疾患、

喫煙歴、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満（BMI30以上）、

臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤の使用等による免疫機能の低下の者

④ 妊婦

①～④にはどれもあてはまらない場合は

□の中に○をつけてください

ふりがな			
患者氏名			
生年月日	西暦	年	月 日（ 才）
住所	〒		
携帯電話番号 必須		固定電話番号	
携帯電話番号をご記入いただくと、陽性の場合携帯へ連絡が入ります。			

【症状について】

主な症状 (複数選択可)	のどの痛み・鼻水・咳・痰・下痢・頭痛・その他()
発生時期	いつごろから?(月 日 : 頃より)

【既往歴・その他】

既往歴	悪性腫瘍・慢性閉塞性肺疾患・慢性腎不全・高血圧症・糖尿病・脂質異常症・その他()
妊娠の有無	あり・なし
臓器移植	あり・なし
抗ガン剤使用	あり・なし
ワクチン接種	()回目接種済 ・ 未接種

【医療者記入欄】

熱 ()°C

SPO2 ()%

令和 年 月 日

担当医師