

# 発熱外来 問診票

ふりがな	
お名前	
生年月日	T S H R 年 月 日
性別	男性 女性
〒 住所	
電話番号：	

体温 \_\_\_\_\_ °C

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

いつから発熱がありますか。 \_\_\_\_\_ 日前

症状についてうかがいます。

頭痛	あり	なし
咳	あり	なし
痰	あり	なし
鼻汁	あり	なし
咽頭痛	あり	なし
下痢	あり	なし

現在治療中の病気 \_\_\_\_\_

新型コロナウイルスワクチンの接種回数 \_\_\_\_\_ 回

家族の発熱の有無            あり            なし

女性の方にお聞きします。

- 妊娠の可能性がある
- 現在妊娠            週
- 授乳中