感染症外来問診票

（風邪症状等用）

カルテ番号　【　　】　　20　　年　　月　　日
氏名　【　　】　生年月日　【ＳＨＲ　　年　　月　　日　】　年齢【　　】
連絡先　【　　】

本日はどのような症状でいらっしゃいましたか？

自宅での体温（　　℃）

いつから

どのような症状

今回の症状で他の病院は受診しましたか？　【　はい　・　いいえ　】

今回の症状に対して、お薬は飲みましたか？　【　はい　・　いいえ　】

ワクチンは接種しましたか？　【　はい　・　いいえ　】

コロナ検査をやりましたか？　【　はい　・　いいえ　】
はいと答えた方ご記入下さい→　□　抗原検査（研究用／医療用　陰性　・　陽性　検査日　／　）
□　PCR検査　（　陰性　・　陽性　検査日　／　）
コロナに感染したことはありますか？　【　はい　・　いいえ　】

ご家族や職場、学校等周囲にコロナ陽性者はいますか？　【　はい　・　いいえ　】

※女性の方は必ずご記入ください
妊娠の可能性【　あり　・　なし　】　妊娠　ヵ月　／　授乳中
最終生理　【　／　～】いつも通りの生理でしたか？【　はい　・　いいえ　】
閉経【　　歳】

来院時　／　体温（　　℃）脈（　　）SpO2（　　%）血圧（　　／　　）

喫煙歴はありますか？　【　はい　・　いいえ　】
薬アレルギーはありますか？　【　はい　・　いいえ　】
基礎疾患はありますか？　【　はい　・　いいえ　】かかりつけ【　　】
【　高血圧　糖尿病　心不全　呼吸器疾患　喘息　鼻炎　透析　その他（　　）】
定期的に飲んでいるお薬はありますか？分かる範囲でご記入ください。
【　　】