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、お薬は使用されましたか？【 はい ・ いいえ 】

新型コロナワクチンは接種しましたか？　【 はい ・ いいえ 】
インフルエンザワクチンは接種しましたか？　【 はい ・ いいえ 】

新型コロナウイルス感染症の検査を行いましたか？　【 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　／　）

ご家族や職場、学校等周囲に新型コロナウイルスまたはインフルエンザの陽性者はいますか？【 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。
【　　】