

月 日

### 発熱・感冒症状問診票

氏名	性別	生年月日	年齢	携帯電話
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			

自家用車（車種/色/番号

）

エレベーター前待合

#### 受診目的

- |             |                             |             |                             |
|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|
| 1 発熱        | <input type="checkbox"/> あり | （ ℃： 月 日から） | <input type="checkbox"/> なし |
| 2 咳         | <input type="checkbox"/> あり | （ 月 日から）    | <input type="checkbox"/> なし |
| 3 倦怠感       | <input type="checkbox"/> あり | （ 月 日から）    | <input type="checkbox"/> なし |
| 4 食欲低下      | <input type="checkbox"/> あり | （ 月 日から）    | <input type="checkbox"/> なし |
| 5 息苦しさ      | <input type="checkbox"/> あり | （ 月 日から）    | <input type="checkbox"/> なし |
| 6 痰         | <input type="checkbox"/> あり | （ 月 日から）    | <input type="checkbox"/> なし |
| 7 筋肉痛・節々の痛み | <input type="checkbox"/> あり | （ 月 日から）    | <input type="checkbox"/> なし |
| 8 味覚・嗅覚の異常  | <input type="checkbox"/> あり | （ 月 日から）    | <input type="checkbox"/> なし |
| 9 下痢        | <input type="checkbox"/> あり | （ 月 日から）    | <input type="checkbox"/> なし |
| 10 頭痛       | <input type="checkbox"/> あり | （ 月 日から）    | <input type="checkbox"/> なし |
| 11 鼻汁・鼻づまり  | <input type="checkbox"/> あり | （ 月 日から）    | <input type="checkbox"/> なし |
| 12 咽頭痛      | <input type="checkbox"/> あり | （ 月 日から）    | <input type="checkbox"/> なし |
| 13 吐き気      | <input type="checkbox"/> あり | （ 月 日から）    | <input type="checkbox"/> なし |
| 14 上記以外     | （ ）                         |             |                             |

#### 感染リスク（2週間以内）

・流行地、新型コロナ感染者との接触が疑われる状況があったか

なし  あり（ ）（期間 月 日～ 月 日）

スポーツジム  カラオケ  ライブハウス  一定時間屋内での複数人との接触

・家族や職場で発熱者、体調不良者  なし  あり（関係 ）

#### 現在治療中の病気

- ・疾患名  なし
- |                               |                              |                               |                                |                                  |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧  | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臓病  | <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 | <input type="checkbox"/> 肝臓病     |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病  | <input type="checkbox"/> 透析  | <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 膠原病   | <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（ ） |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ）                            |                               |                                |                                  |

2021年4月 広瀬内科クリニック