

発熱外来問診票

来院年月日 2 0 年 月 日

氏名・おところ等をご記入下さい																					
フリガナ											性別(*)										
											1. 男、2. 女、3. その他										
受診者氏名																					
生年月日(西暦)					年					月			日	診断時の年齢(※3)				歳			カ月
受診者所在地(※4)	〒				-									※3 月齢は0歳児のみ記入、右詰めに記入							
受診者電話番号(※5)														※4 届出時点で当該者が居住している住所を記入 ※5 電話番号は、連絡が取れる番号(携帯電話番号を推奨)、左詰めに記入(ハイフンは含まない)							

【未成年の方は、保護者氏名および電話番号は記入をお願いします】

保護者氏名																					
保護者電話番号(※5)														●本日の請求書は、受診者所在地へご郵送いたしますので、平日の窓口お支払いまたは、お振込みをしてください。							

新型コロナウイルスワクチンの接種についてご記入ください																							
ワクチン接種回数(※8)		回	最終の新型コロナウイルスワクチン接種年月日										2	0			年			月			日
直近に接種した新型コロナウイルスワクチン(*) (注) 下記以外のワクチン接種の場合は6. その他に記入																							
1. ファイザー、2. モデルナ、3. アストラゼネカ、4. ノババックス、5. 不明																							
6. その他																							

※8 ワクチン接種回数が0の場合は「0」と記入し、不明の場合は「不明」と記入

重症化のリスク因子となる疾病等の有無を選択してください (注) 該当する番号の横に✓、下記以外にあれば13. その他に記入																					
1. 悪性腫瘍、2. 慢性呼吸器疾患(COPD等)(※9)、3. 慢性腎臓病、4. 心血管疾患、5. 脳血管疾患、6. 喫煙歴、7. 高血圧、8. 糖尿病、9. 脂質異常症、10. 肥満(BMI30以上)、11. 臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その他の事由による免疫機能の低下、12. 妊娠																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12										
13. その他																					

※9 慢性閉塞性肺疾患、間質性肺疾患、肺塞栓症、肺高血圧、気管支拡張症等

症状が発生した年月日	2	0			年					月					日
------------	---	---	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

現在の症状の有無を選択してください (注) 該当する番号の横に✓、下記以外にあれば14. その他に記入																					
1. 発熱、2. 咳、3. 咳以外の急性呼吸器症状、4. 肺炎、5. 息苦しさ、6. 全身倦怠感、7. 頭痛、8. 嘔気/嘔吐、9. 下痢、10. 結膜炎、11. 嗅覚障害、12. 味覚障害、13. 咽頭痛																					
1					℃	2	3	4	5	6	7	8	9	10							
11	12	13																			
14. その他																					