看護師記入欄

体温　　SPO_2　　薬物アレルギー　無　有　（　　）

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.臭覚障害、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																							