

職員記載	コロナ( )インフル( )抗原キット持参(有・無・写真) SAT:( %)呼吸苦:(有・無)体温:( °C)
------	---

記入日:金和\_\_年\_\_月\_\_日

## 発熱問診票

フリガナ		性別	年齢	身長	体重	携帯電話
お名前		男・女	歳	cm	kg	

経過	<b>症状が発生した日</b> : 月 日( 日目) 現在の熱: °C(一番高かった熱: °C( 月 日))
	<b>※今回の症状でどちらかの医療機関を受診されましたか？</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( 月 日: _____へ受診) <input type="checkbox"/> 処方薬(有・無)
	<b>※コロナ・インフルの抗原検査を他の医療機関や市販で受けましたか？</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (検査日: 月 日 医療機関・市販) 結果:コロナ(陽性・陰性)インフル(陽性( 型)・陰性)
	<b>※該当する症状にチェックしてください</b> <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 臭覚・味覚異常 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 ( )
<b>※まわりに感冒症状・コロナ・インフルエンザの方がいますか？</b> <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 感冒症状 (家族・職場・学校・知人) 月 日～ <input type="checkbox"/> コロナ (家族・職場・学校・知人) 月 日～ <input type="checkbox"/> インフル(A・B) (家族・職場・学校・知人) 月 日～	
<b>※以下の既往歴があれば、該当箇所を○で囲んでください</b> 慢性閉塞性肺疾患・心疾患・高血圧症・腎疾患(透析を含む)・脂質異常 悪性腫瘍・免疫不全・血液疾患・糖尿病 <input type="checkbox"/> 上記以外の疾患:	
<input type="checkbox"/> 普段内服している薬(有・無) <input type="checkbox"/> お薬手帳持参(有・無) →お薬手帳持参がない場合は処方内容を記載してください ( )	
その他 <input type="checkbox"/> アレルギー(有・無) →有( ) <input type="checkbox"/> 喫煙歴 (有・無) →有( 本/日 年) <input type="checkbox"/> コロナウイルス罹患歴(有・無) →有( 年 月) <input type="checkbox"/> 今シーズンインフルエンザ罹患歴(有・無) →有( 型)( 年 月) <input type="checkbox"/> 女性の方:妊娠の可能性(有・無) <input type="checkbox"/> 授乳の有無(有・無)	