

発熱外来（風邪症状その他）問診

年 月 日

ID: \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

男 ・ 女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

年齢 \_\_\_\_\_ 才

住所 \_\_\_\_\_

携帯電話番号 \_\_\_\_\_

自宅電話番号 \_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_ Kg

主訴 いつから？（ 月 日 曜日）

発熱 有 ・ 無

腹痛 有 ・ 無

鼻汁 有 ・ 無

嘔吐 有 ・ 無

喉の痛み 有 ・ 無

下痢 有 ・ 無

咳 有 ・ 無

食欲 有 ・ 無

痰 有 ・ 無

味覚異常 有 ・ 無

頭痛 有 ・ 無

嗅覚異常 有 ・ 無

倦怠感 有 ・ 無

コロナ感染した人との接触 有 ・ 無 （有・・・ 月 日 曜日）

インフルエンザ感染した人との接触 有 ・ 無

コロナワクチン接種？ 有（ 回） ・ 無

インフルエンザワクチン接種？ 未 ・ 済

既往症

治療中のお薬

アレルギー 有 ・ 無  
有・・・

薬疹 有 ・ 無  
有・・・

MEMO