

発熱外来問診表

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男 女	大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
電話番号	自宅 携帯	職業	

1 発症日 (月 日)

2 症状について 該当するものに○をつけてください

発熱（最高 °C） 咳 咳以外の呼吸器症状

全身倦怠感 頭痛 吐き気/嘔吐 下痢 結膜炎 嗅覚障害/味覚障害 その他 ()

3 以下で該当するものに○をつけてください

・コロナ感染者との接触 ・COCOA での接触通知

4 大きな病気をしたことがありますか

ない・ある（高血圧症 糖尿病 心臓病 脳梗塞 その他 ()

5 呼吸器疾病がありますか ない・ある（気管支喘息 閉塞性呼吸障害 肺腫瘍）

6 （女性の方へ） 妊娠の（有・無） 授乳の（有・無）

7 家族について 高齢者の（有・無） 大病の家族の（有・無）

8 感染陽性であった場合、発症前1週間に感染機会はありましたか 具体的に記載をお願いします

以上 ご協力ありがとうございました。

東商ビル診療所