

発熱外来(感染症検査等に関する) 問診票

サンフラワー
クリニック

ふりがな		性別	
氏名		男・女・その他	
生年月日	T・S・H・R 年(西暦) 月 日生(歳)		
住所	〒	駐: 1・2・3・4・5 他	
電話番号	(続柄:)	結果連絡 ショートメール	可 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/>
職業・学校	無・有(会社名・学校名:)		国籍 ()

体調に関する問診	症状有無	無 ・ 有 (発症日: 月 日 時頃)	
	① 発熱 (37.5℃以上)	はい	いいえ
	いつから		
	現在体温: ℃	MAX: ℃	
	② のどの痛み	はい	いいえ
	③ 鼻水	はい	いいえ
④ 咳	はい	いいえ	
⑤ 痰	はい	いいえ	
⑥ 強いだるさ(倦怠感)	はい	いいえ	
⑦ 味覚・嗅覚障害	はい	いいえ	
⑧ 吐き気、嘔吐	はい	いいえ	
⑨ 下痢	はい	いいえ	
⑩ 頭痛	はい	いいえ	
⑪ その他症状			Spo2 %

接触歴	新型コロナ陽性の方と一緒にいたことがありますか	はい	いいえ
	”はい”の方は具体的に記入()		

ワクチン接種歴	無・有	最終接種回	最終接種メーカー	最終接種日
		回	ファイザー・モデルナ・アストラ・不明	R / / 不明

因子・持病 重症化の	<ul style="list-style-type: none"> 悪性腫瘍 心血管疾患 脂質異常症 慢性呼吸器疾患(COPD等) 脳血管疾患 喫煙歴 肥満(BMI30以上) 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病 	妊娠	有・無
	(その他)		

・全ての検査には「偽陰性」が存在することをご了承ください。

<以下 医療機関記入欄> ③ (ラゲブリオ・パキロビッド)

リスク分類	①65歳以上	②入院要	③重症リスク・治療薬	④妊婦
	電話 ・ ショートメール可能【番号変更			続柄 ()

臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用・その他の事由により免疫機能が低下している恐れ	有・無・不明
---	--------

重症度	軽症・中等症Ⅰ・中等症Ⅱ・重症	入院調整	必要・不要
-----	-----------------	------	-------

備考 入院調整等	
-------------	--

検査実施日 年 月 日 カルテ (有) (無) ID スキャン (済)