

問診表

氏名 _____ 男・女 T・M・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

風邪外来を受診される方へ

下記の項目で該当するものにチェックをしてください

- ① 強いだるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）、高熱等の強い症状がある
- ② 以下に挙げる条件に該当し、発熱や風邪症状が続く
- ・糖尿病、心不全、肺気腫などの呼吸器疾患、人工透析
 - ・免疫抑制剤、抗癌剤治療中
 - ・妊娠している
- ③ いずれにも該当しない

該当する症状にチェックしてください

体温 _____ °C	※周囲風邪症状の方	家族	職場	学校
<input type="checkbox"/> 悪寒	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	新型コロナウイルス感染者接触	あり・なし	
<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 咳	海外渡航歴	あり・なし	
<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> 痰	新型コロナワクチン接種	未	・済
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻閉			
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 嘔吐			
<input type="checkbox"/> 下痢				
いつからその症状は続いていますか？	_____			