

# 問診票 (発熱者用)

令和 年 月 日

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

年齢 歳 生年月日 年 月 日

性別 ( 男 ・ 女 )

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 (携帯) \_\_\_\_\_

## 【症状】

体温 \_\_\_\_\_ 度

発熱 ( 有 ・ 無 ) いつから; \_\_\_\_\_

せき ( 有 ・ 無 ) いつから; \_\_\_\_\_

鼻水 ( 有 ・ 無 ) いつから; \_\_\_\_\_

のどの痛み ( 有 ・ 無 ) いつから; \_\_\_\_\_

味覚障害 (あじ) ( 有 ・ 無 ) いつから; \_\_\_\_\_

嗅覚障害 (におい) ( 有 ・ 無 ) いつから; \_\_\_\_\_

だるさ ( 有 ・ 無 ) いつから; \_\_\_\_\_

関節の痛み ( 有 ・ 無 ) いつから; \_\_\_\_\_

下痢 ( 有 ・ 無 ) いつから; \_\_\_\_\_

頭痛 ( 有 ・ 無 ) いつから; \_\_\_\_\_

そのほかの症状 ( 有 ・ 無 ) いつから; \_\_\_\_\_

## 【行動歴・周囲の状況】

流行地域への移動; 本人 ( 有 ・ 無 ) 同居者 ( 有 ・ 無 ) 場所 ( )

期間 ( ~ )

最近の複数での会食; 本人 ( 有 ・ 無 )

学校・会社・施設内で感染した方がいますか?; 本人 ( 有 ・ 無 ) 同居者 ( 有 ・ 無 )

最近の受診歴; ( 有 ・ 無 ) 医療機関名 ( ) 診断名 ( )

保健所または受診相談センターへの電話相談 ( 有 ・ 無 ) 相談日 ( )

やまもと総合診療クリニック