

発熱外来 問診表

氏名 (ふりがな)	
生年月日	年 月 日
年齢	
職業	
携帯電話番号	
住所	〒
身長	
体重	

病歴や内服薬、アレルギー などあれば記載ください	※喫煙 (あり・なし)
-----------------------------	-------------

症状	<input type="checkbox"/> 発熱 (体温 °C) / 月 日
	<input type="checkbox"/> 酸素飽和度 % / 月 日
	<input type="checkbox"/> 咳 / 月 日
	<input type="checkbox"/> 痰 / 月 日
	<input type="checkbox"/> 息苦しさ / 月 日
	<input type="checkbox"/> のどの痛み / 月 日
	<input type="checkbox"/> 腹痛 / 月 日
	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 / 月 日
	<input type="checkbox"/> 頭痛 / 月 日
	<input type="checkbox"/> 下痢 (回) / 月 日
	<input type="checkbox"/> 倦怠感 / 月 日
	<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚以上 / 月 日
	<input type="checkbox"/> 関節痛・腰痛 / 月 日
<input type="checkbox"/> その他 / 月 日	

同居の方はおられますか？	
周囲に新型コロナウイルス感 染症が陽性者はいますか？	接触者： 発症日： 最終接触日：
過去に新型コロナ感染症にか かったことはありますか？	はい・いいえ / 年 月 日
新型コロナウイルスワクチ ンは接種していますか？	①回目 (年 月 日) ファイザー,モデルナ,その他/無 ②回目 (年 月 日) ファイザー,モデルナ,その他/無 ③回目 (年 月 日) ファイザー,モデルナ,その他/無 ④回目 (年 月 日) ファイザー,モデルナ,その他/無

高円寺あさがおクリニック (火曜～土曜日開院)

電話 03(3339)0055

FAX 03(3339)0066

発熱外来用Email koenjiasagao@gmail.com