

# 新型コロナウイルス感染症など発熱・感染症に関する問診票

記入日 西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな  
お名前

男 女 年齢\_\_\_\_才

生年月日：(昭和・平成・令和) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話：(携帯電話) \_\_\_\_\_ (自宅固定電話) \_\_\_\_\_

1. あてはまる症状にチェックしてください。

熱 のど痛 咳 鼻水 痰 関節痛 頭痛 下痢 腹痛

そのほか ( \_\_\_\_\_ )

\* 最初の症状はいつ出ましたか? : \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃 ( \_\_\_\_\_ 日前)

2. 治療を希望される症状はどれですか?

熱 のど痛 咳 鼻水 痰 関節痛 頭痛 下痢 腹痛

そのほか ( \_\_\_\_\_ )

\* お子さんの場合、薬の形状はどれが良いですか? : 粉末 錠剤 座薬

3. 同居家族、学校、職場などで最近コロナにかかった人がいますか?

いない いる (どなた? : \_\_\_\_\_ いつ頃? : \_\_\_\_\_ )

4. 同居家族、学校、職場などで最近コロナ以外の感染症にかかった方がいますか?

いない いる (どなた? : \_\_\_\_\_ いつ頃? : \_\_\_\_\_ )

5. コロナにかかったことがありますか? いいえ はい (それはいつ頃ですか? : \_\_\_\_\_ )

6. コロナワクチンを最後に接種したのはいつ頃ですか?

受けたことがない 1年以内 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃) 1年以上前 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

7. 現在治療中の病気があれば教えてください。

がんなど悪性腫瘍 慢性呼吸器疾患 (肺気腫、間質性肺炎、肺塞栓症、気管支拡張症など)

慢性腎臓病 心血管疾患 (狭心症、心筋梗塞、心不全など) 脳血管疾患 (脳梗塞、脳出血)

高血圧 糖尿病 脂質異常症 臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤使用など免疫抑制状態

喫煙歴 (過去 30 日以内かつ生涯に 100 本以上) 肥満 (身長 \_\_\_\_\_ cm、体重 \_\_\_\_\_ kg)

8. 妊娠中ですか?あるいは妊娠の可能性がありますか?

妊娠中 ( \_\_\_\_\_ 週) 妊娠の可能性あり 妊娠の可能性なし

9. 現在服用中のお薬を教えてください。

なし あり ( \_\_\_\_\_ )