

発熱外来問診票

氏名 _____ 男性・女性 携帯番号 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才 _____

小児・体重 _____ kg (BMI30 以上の方) BMI _____

住所 _____

薬剤アレルギー 有 (薬品名) _____

妊娠の可能性 有 _____ 週 _____ 授乳中 _____ ヶ月 _____

いつから・何が _____ 体温 _____ °C

咳 有 無 _____ 痰 有 無 _____ 痰の色 _____

鼻汁 有 無 _____ 鼻汁の色 _____ 咽頭痛 有 無 _____

腹痛 有 無 _____ 嘔気 有 無 _____ 嘔吐 有 無 _____

排便 普通便 下痢 _____ 回/日 _____

内服 薬品名 _____ いつ _____

基礎疾患 有 無 _____ 病名 _____

コロナワクチン接種回数 _____ 回 最終接種 _____ 年 _____ 月頃 _____