

発熱外来専用問診票

PCR検査を希望する場合は必ず記入して御受診下さい

受診日 R . . . 体重 k g 体温 °C

なまえ		男	生年月日(和暦・西暦ともに記入して下さい)	年齢
名前		女	西暦 _____ 年 S . H . R . . .	歳
住所	〒 -	未成年の場合、保護者名		続柄
電話番号	検査結果をお伝え致しますので、日中連絡の取れる連絡先をご記入下さい		保護者の電話番号	

治療中の病気を全て記入して下さい 糖尿病・高血圧・心臓病・膠原病・喘息・その他()

<症状>	○を付けて下さい	いつから	詳細	
発熱	あり・なし	月 日から	°C	
咽頭痛	あり・なし	月 日から	食事	可・不可
咳 息が苦しい	あり・なし	月 日から		
味覚障害	あり・なし	月 日から		
嗅覚障害	あり・なし	月 日から		
下痢	あり・なし	月 日から	回	
嘔吐	あり・なし	月 日から	回	
だるい	あり・なし	月 日から		
その他			妊娠	週

コロナワクチン接種履歴
未接種・ワクチン接種回数()回 → 最終接種日(202 年 月 日)
最終接種ワクチンの種類：ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・ノババックス・その他()

アレルギー・薬剤アレルギーのある方はご記入下さい

職業・学校・幼稚園・保育園	
通勤・通学方法	
家族構成(同居者)	1人暮らし 本人・夫・妻・父・母・子・祖父・祖母・パートナー () その他

最近発熱、あるいは体調の悪い方と接しましたか？
はい いいえ

その他、何か思い当たることがありましたら、ご記入ください。

<支払方法>	現金・クレジット・交通系ICカード・Quick Pay・Apple Pay・iD Pay Pay・LINE Pay・d払い・au Pay
--------	---

※感染症法に基づき陽性になった場合は、自費・公費に関わらず保健所へ報告させていただきます。