

# 汐入耳鼻咽喉科発熱外来問診表

月 日

※お分かりになる範囲でご記入ください。

院内検温 ( °C) SPO2 ( %)

ふりがな		年齢	性別	生年月日
お名前		歳	男・女	年 月 日
住所	区 . 丁目 -			
検査結果連絡先の電話に ○をつけてください	自宅電話： ( )			
	携帯電話： ( )			

①3か月以内の海外渡航歴はありますか？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
いつから？ / ~ / どこへ ( )	
②新型コロナ感染者との接触はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
※具体例：マスクをつけずに手が届く範囲で15分以上の会話をした、など	
③下記3条件を満たす(いわゆる3密)環境に滞在しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
①換気の悪い密閉空間 ②人が密集している ③近距離での会話や発声が行われる	
④体温( . °C) 発熱はいつから？ ( )	
→風邪薬や解熱剤などを服用しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬名：)	
⑤該当する症状を○で囲み ( )内にいつからかご記入ください。(複数回答可)	
咳が続く ( ) だるい ( ) 息苦しい ( ) 下痢 ( )	
のどが痛い ( ) 嗅覚味覚がわからない ( ) 頭痛 ( )	
そのほか ( )	
⑥喫煙はしていますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり1日 ( ) 本/喫煙歴( )年
⑦現在治療中の病気があれば、病名を記入して下さい	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
( )	
⑧継続して内服中している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
( )	
⑨女性の方のみ回答；現在妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> 有 ( 週) <input type="checkbox"/> 無
：現在授乳していますか？	<input type="checkbox"/> 有 ( 才 月) <input type="checkbox"/> 無
その他、気になること・心配なことがあればご記入ください。	