

<発熱外来問診票>

PCR 検査の希望 有 or 無

お薬の希望 有 or 無

ふりがな:

問診票記載日: 2023 年 月 日 ( )

氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 携帯番号: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日生 性別: \_\_\_\_\_ 車のナンバー: \_\_\_\_\_

住所: 〒 \_\_\_\_\_

該当するものに、○をつけてください。また、記入箇所にご記入下さい。

1. 発熱 (現在: \_\_\_\_\_ °C) ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり  
頭痛 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 息苦しさ ・ 発疹 ・ 強いだるさ (倦怠感)  
においを感じにくい、または、感じない ・ 味を感じにくい、または、感じない  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. その症状や発熱は、いつからですか?  
( \_\_\_\_\_ )

3. 現在治療中の病気、または、該当する項目ありますか?  
悪性腫瘍 ・ 慢性呼吸器疾患 ・ 慢性腎臓病 ・ 心血管疾患 ・ 脳血管疾患 ・ 高血圧  
糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 免疫機能の低下 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )  
右記に該当項目ありますか? ⇒ 喫煙歴 ・ 肥満 BMI30 以上 ・ 妊娠

※BMI (kg/m<sup>2</sup>) = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

4. インフルエンザワクチン予防接種について  
2022 年 10 月以降 → 接種済 (接種日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日ごろ) or 未接種

5. 新型コロナワクチン予防接種について  
ワクチン接種回数: 0 回 ・ 1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 4 回 ・ 5 回 ・ 不明  
直近のワクチン接種日: (2021・2022・2023 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) ・ 不明  
直近のワクチンの種類: オミクロン株対応型 2 価 ・ 従来型 1 価 ・ 不明  
直近のワクチンメーカー: ファイザー ・ モデルナ ・ アストラゼネカ  
ノババックス ・ 不明 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. 数カ月以内に海外への渡航歴はありますか? → 有 or 無  
有の場合  
① いつごろ ( \_\_\_\_\_ ) ② どこへ ( \_\_\_\_\_ )

7. 家族や職場で発熱者はいますか? → いる or いない

8. 2 週間以内に、バー・ナイトクラブ・カラオケ・ライブハウス・ジムなど、人が密集するよ  
うな施設を使用しましたか? また、10 人以上集まるイベントや会合に参加しましたか?  
→ 有 or 無

まずはお電話で受入予約状況をご確認ください。ご予約出来た方は、問診票ご記入頂き  
FAX (049-277-1222) 又はメール送信 (omc-ijika@bz01.plala.or.jp) をして下さい。  
保険証確認も行いますので、保険証の FAX 又はメール送信 (写真) をお願いします。

※問診票にご記入頂いた情報は、診療を行う目的以外には使用致しません※