【感染症問診票】

ふりがな
氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　　年齢：＿＿歳＿＿か月

来院時の体温：＿＿＿＿℃　　身長：＿＿＿＿cm　　体重：＿＿＿＿kg

1. いつからの症状ですか？　　＿＿＿月＿＿＿日ごろ

2. どのような症状ですか？（該当するものに〇マル）
   発熱、鼻水、せき、たん、のどの痛み、息苦しさ、体のだるさ、関節痛、悪寒
   においの異常、味の異常、吐き気、嘔吐、下痢、腹痛
   その他（　　）

3. 今回の症状で、これまでに他の病院を受診されましたか？
   □　はい　　□　いいえ
   「はい」の場合、いつごろ受診されましたか？（　　月　　日ごろ）

4. 周りで流行っている病気や、同様の症状の方はいらっしゃいますか？
   □　はい　（具体的に：　　）
   □　いいえ

5. これまで新型コロナウイルス感染症にかかったことがありますか？
   □　はい　　□　いいえ
   「はい」の場合、いつごろかかりましたか？（　　年　　月ごろ）

6. 新型コロナウイルスワクチンを接種したことがありますか？
   □　はい　　□　いいえ
   「はい」の場合、何回接種しましたか？（＿＿回）
   最後の接種日：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日（※分かる範囲で結構です）

7. 現在、かかっている病気はありますか？
   □　はい（下記の該当するものに丸）　　□　いいえ
   がん、慢性呼吸器疾患（COPD など）、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、その他（　　）

8. 現在、使用されている薬（市販薬も含めて）はありますか？
   □　はい（薬：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
   □　いいえ

9. これまでに、たばこを吸ったことがありますか？
   □　はい　（　）歳～（　）歳、１日（　）本程度
   □　いいえ

10. （女性の方）現在、妊娠されていますか？
   □　はい　　□　いいえ