

草津かわはらクリニック 発熱・感染症 問診票

- ① 診察券番号（はじめて受診される方は、空欄で結構です） _____
- ② お名前 姓 _____ 名 _____
- ③ フリガナ 姓 _____ 名 _____
- ④ 生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ⑤ 年齢 _____ 歳
- ⑥ 性別 男性 女性
- ⑦ 郵便番号 _____
- ⑧ 住所（都道府県から） _____
- ⑨ 電話番号（市外局番から） _____ - _____ - _____
- ⑩ ご職業 _____
- ⑪ メールアドレス _____
- ⑫ 職場名/学校名/保育園名/幼稚園名 _____
- ⑬ あてはまる症状すべてにチェック をつけてください
- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無症状 | <input type="checkbox"/> 発熱 _____ 度 | <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 吐き気/嘔吐 | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> 結膜炎 | <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚の異常 | <input type="checkbox"/> 濃厚接触者 | <input type="checkbox"/> 関節痛 |
| <input type="checkbox"/> その他 _____ | | | |
- ⑭ ⑬でチェックしていただいた一連の症状（発熱に限りません）が出た最初の日はいつですか？
_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃
- ⑮ 今回の一連の症状ではじめて受診した日はいつですか？本日が初めての受診であれば今日の日付を、数日前に受診している場合はその日付を入力してください。
_____ 年 _____ 月 _____ 日
- ⑯ 酸素飽和度 測定器をお持ちで測っている方はその数値を入力してください。 _____ %
- ⑰ 新型コロナワクチン接種歴を入力してください。
- | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 1回 | <input type="checkbox"/> 2回 | <input type="checkbox"/> 3回 |
| <input type="checkbox"/> 4回 | <input type="checkbox"/> 5回 | | |
- ⑱ 新型コロナワクチンの接種日とワクチンの種類を教えてください
- | | | |
|-----|-------------------------|-------|
| 1回目 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 | _____ |
| 2回目 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 | _____ |
| 3回目 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 | _____ |
| 4回目 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 | _____ |
| 5回目 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 | _____ |

⑲ インフルエンザワクチンを今シーズン接種しましたか？

- はい → 接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 いいえ

⑳ 同居家族にコロナに感染した方はいますか？

- はい → 発症者の続柄 _____
上記の方の発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 いいえ

㉑ 同居家族にインフルエンザに感染した方はいますか？

- はい → 発症者の続柄 _____
上記の方の発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 いいえ

㉒ 同居家族にコロナやインフルエンザ以外の感染症にかかっている方はいますか？

- はい → 発症者の続柄 _____ 感染症の名称 _____
上記の方の発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 いいえ

㉓ 身長・体重 身長 _____ cm 体重 _____ kg

㉔ 以下にあげた疾患や習慣をお持ちの方は、全てチェック☑を入れてくだ

- 肺や気管支などの慢性的な呼吸器の病気
 慢性的な腎臓の病気
 糖尿病
 高血圧
 心血管疾患
 悪性腫瘍
 脂質異常症
 喫煙
 脳血管疾患
 臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤などの使用、その他の事由により免疫の機能が低下している恐れがある
 妊娠

㉕ 海外への渡航歴の有無 有 無

㉖ ㉕で有を選択した場合、出国日、入国日、パスポート番号を記入してください

出国日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
入国日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
パスポート番号 _____

㉗ (女性の方のみ) 妊娠している可能性はありますか？

- はい
 いいえ