感染症関連問診票（一般外来）

患者氏名：	
付添者氏名： 患者との続柄（　　）	
診療科	

記入日：　　年　　月　　日

本日の体温：　　℃

●ご自身、または同居者や身近な人で 10 日以内に新型コロナウイルス感染症と診断された、あるいは新型コロナウイルス感染症の検査陽性となった方はいらっしゃいますか

いない ・ いる ⇒いると答えた方（ 誰：　　陽性診断日：　　）

●コロナワクチン接種歴（該当事項にマルをつける）

接種なし ・ 接種あり ・ 不明

最終接種日：　　年　　月　　接種（　　）回目（わかる範囲で教えてください）

●ご自身、または同居者や身近な人で 1 週間以内にインフルエンザウイルス感染症と診断された、あるいはインフルエンザウイルス感染症の検査陽性となった方はいらっしゃいますか

いない ・ いる ⇒いると答えた方（ 誰：　　陽性診断日：　　）

●<u>最近 1 年間の</u>インフルエンザワクチン接種歴（該当事項にマルをつける）

接種なし ・ 接種あり ・ 不明

最終接種日：　　年　　月　　（わかる範囲で教えてください）

※以下のあてはまる方を〇で囲んで下さい。「あり」に〇を付けた方は、詳細を記入願います。

●体調について

		（ありの場合）いつからですか
発熱	なし ・ あり（　　℃）	
せき	なし ・ あり	
たん	なし ・ あり	
呼吸苦（息苦しさ）	なし ・ あり	
倦怠感（体のだるさ）	なし ・ あり	
味やにおいを感じない	なし ・ あり	
のどの痛み	なし ・ あり	
鼻水	なし ・ あり	
頭痛	なし ・ あり	

●同居者や身近な人に上記症状のある方は、いらっしゃいますか

いない ・ いる ⇒いると答えた方（ 誰：　　症状：　　）