

# 発熱外来問診票

矢倉内科クリニック  
記入日 令和 年 月 日

ふりがな	男 女	大正	年	月	日生 ( 歳)
お名前		生年月日	昭和	平成	
ご住所〒					
電話番号	( )				
携帯番号	( )				

- いつから：昨日（午前から、午後から）、今朝から、( ) 日前から、( ) 週間前から
- どのような症状：咳 白色痰、黄色痰、鼻水、のどの痛み、関節痛、頭痛、下痢、腹痛、吐き気、嘔吐、息苦しさ、強いだるさ、味覚障害、嗅覚障害  
発熱最高 ( ) °C 現在の体温 ( ) °C  
その他 ( )
- あなたの周囲に①新型コロナウイルス、②インフルエンザの感染者はいますか  
いいえ、 はい (①、②) どなたですか ( )  
接触の最終日はいつですか ( )
- コロナの抗原検査をした人：結果は 陽性 ・ 陰性  
検査キット名 ( )
- 現在のかぜ症状で薬を飲みましたか？ 内服薬（お薬手帳があればお見せ下さい）  
( )
- 薬のアレルギーはありますか  
なし、 あり（薬剤名： )
- 妊娠の可能性は なし ・ あり
- コロナワクチン接種 1回目 ( ) 2回目 ( ) 3回目 ( ) 4回目 ( )

---

個人情報については、プライバシーの保護に十分配慮し当医院以外では一切使用されません。