**発熱外来　問診票**

**受診日：　令和　　　年　　　　月　　　日**

　お名前**：**（ご年齢　　　　歳）

　　身長　　　　　　㎝　　　体重　　　　　㎏　（お薬を処方するのに必要な場合があります）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **質問** | **回答** | |
| **1** | **体温は何度ですか？** | **℃** | |
| **2** | **のどの痛みはありますか？** | **はい** | **いいえ** |
| **3** | **倦怠感（強いだるさ）はありますか？** | **はい** | **いいえ** |
| **4** | **呼吸困難（息苦しさ）はありますか？** | **はい** | **いいえ** |
| **5** | **咳はでますか？** | **はい** | **いいえ** |
| **6** | **痰はでますか？** | **はい** | **いいえ** |
| **7** | **味覚や嗅覚の異常はありますか？** | **はい** | **いいえ** |
| **8** | **1～7の症状は、いつ頃かみられましたか？** |  | |
| **9** | **2週間以内に、新型コロナウイルス陽性者、またはその疑いのある者と接触しましたか？** | **はい** | **いいえ** |
| **10** | **上記以外に気になる症状がある方はご記入ください。** |  | |

**ご協力ありがとうございました**

**菊地内科医院**

　　（医療機関使用欄）

**Spo2：　　　　　　　　　　　　　　PR：**