

発熱外来

年 月 日

患者様情報

氏名／年齢 _____ 歳 携帯番号 _____ お車No. _____

勤務地・学校所在地 _____ 通勤手段 _____ 職 業 _____

※未成年の方は保護者の方のお名前・ご連絡先もご記入ください

保護者氏名 _____ 携帯番号 _____

症状はいつからですか？ _____ 日 _____ 時頃 主な症状： _____

※2週間以内に発熱があった方は体温もご記入ください。

熱が出た日： _____ 日 _____ 時 _____ °C 最高体温： _____ 日 _____ 時 _____ °C

現在の体温： _____ °C

現在症状があるものに○をつけてください

咳	味が分からない	関節痛	腹痛
痰	匂いが分からない	頭痛	吐気
鼻汁	目ヤニが出る	腰痛	嘔吐 (_____ 回)
鼻づまり		寒気	下痢 (_____ 回)
のどの痛み		汗	その他 (_____)
		筋肉痛	
		熱感	

新型コロナワクチン接種について：受けた (_____ 回目 _____ 月頃) ・ 受けていない

新型コロナウイルス感染について：濃厚接触 ・ 陽性者との接触あり ・ 接触なし ・ 不明

現在服用中の薬 (_____) 合わない薬 (_____)