

外来問診票（発熱等有症状者用）

北九州市立門司病院 2022.1.27改訂

記入年月日： 年 月 日

記入者： 本人 ・ 代理人氏名（ 本人との関係（ ） ）

ふりがな		生年月日	年齢	性別
氏名		年 月 日		男・女
住所	〒			
電話番号	連絡先①：	-	-	本人・父・母・（ ）
	連絡先②：	-	-	本人・父・母・（ ）

①該当する症状に○をつけ、いつからあるか教えてください。

・咳 ( / ) ・だるさ ( / ) ・息苦しさ ( / )  
 ・のどの痛み ( / ) ・においや味がわからない ( / )  
 ・下痢 ( / ) ・嘔吐 ( / ) ・頭痛 ( / )  
 ・その他 ( )

②発熱はありますか？ 有 ・ 無  
 いつから ( / : 最高体温 ( / : °C )

③最近、お仕事や旅行、冠婚葬祭などで市外にお出かけになりましたか？  
 有 ・ 無 いつから ( / ~ / ) どこへ ( )

④コロナウイルス感染確定者との接触がありますか？ 有 ・ 無  
 接触の程度 接触時期・時間

⑤換気の悪い空間、密集する場所などに滞在されましたか？ 有 ・ 無  
 滞在時期・時間

⑥これまでにかった病気や服用中のお薬など教えてください。

病名	いつ頃	治療方法・飲んでいるお薬など
高血圧		
糖尿病		
気管支喘息		

⑦これまでに薬・注射・食べ物などでアレルギーが出たことがありますか？  
 有 ・ 無 なにで ( )  
 どのように ( )

⑧喫煙歴について 無 ・ 有 (1日 ( ) 本× ( ) ~ ( ) 歳)

⑨女性の方にお伺いたします。  
 現在、妊娠の可能性ありますか？ 有 ・ 無  
 現在、授乳していますか？ 有 ・ 無

⑩新型コロナウイルスワクチン接種歴がありますか？ はい ・ いいえ  
 1回目 年 月 日 (製品名： )、 2回目 年 月 日 (製品名： )  
 3回目 年 月 日 (製品名： )