

発熱・感冒外来問診票 体温： °C、 SpO2： % 。

氏名： 診療番号： 年齢： 歳

身長： cm、体重： kg、職業：

携帯電話番号：

新型コロナウイルスワクチン接種回数： 回。

直近の新型コロナウイルスワクチン接種年月日：20 年 月 日。

そのワクチンは：該当する番号に○を付けてください。 1 ファイザー、
2 モデルナ、 3 アストラゼネカ、 4 ノババックス、 5 不明。

症状：該当する番号に○を付けてください。 1 発熱（最高 °C）、
2 咳、 3 咳以外の急性呼吸器症状（痰が絡む、鼻汁、鼻閉）、
8 全身倦怠感、 9 頭痛、 10 嘔気、嘔吐、 11 下痢、 12 結膜炎、
13 嗅覚・味覚障害、 14 咽頭痛、 16 その他：
17 症状なし。 （4、5、6、7、15の項目は省略）

上記の症状の中で最初に出た症状には◎を付けてください。

最初の症状が出たのは： 月 日の 時頃。

重症化のリスク因子：該当する番号に○を付けてください。 1 悪性腫瘍、
2 慢性呼吸器疾患（COPD等）、 3 慢性腎臓病、 4 心血管疾患、
5 脳血管疾患、 6 喫煙歴、 7 高血圧、 8 糖尿病、
9 脂質異常症、 10 肥満（BMI 30以上）、
11 臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用、その他の事由による免疫
機能の低下、 12 妊娠、 13 その他：
14 該当する項目はない。

思い当たる感染経路： 1 不明、 2 身近に最近新型コロナウイルスに感染
した人がいる （ が 月 日の検査で陽性になった。）