

発熱外来問診票

受診日 月 日

こちらの情報は診療録(カルテ)への記載、保健所への新型コロナウイルス発生届け作成以外の利用は一切行いません。診療をスムーズに行うため情報の記入にご協力ください。

ふりがな

○氏名: 生年月日:(西暦) 年 月 日(歳 か月)

○保護者氏名(本人が未成年の場合):

○住所:(〒) 都・県 区・市

○電話番号(SMS 利用のため携帯電話):

○職業: ○小学生まで: 体重 kg 希望剤型 粉・シロップ・錠剤

○症状(現在感じる症状に加えて、すでに症状が消失したのものも○をつけて下さい)

発熱(月 日から最高 °C)

咳、鼻水、たん、息苦しさ、のどの痛み

倦怠感・だるさ、関節痛、頭痛 下痢、吐き気、腹痛 嗅覚・味覚障害

○最初に自覚した症状はいつからですか: 月 日

○新型コロナウイルス陽性者との接触 (有 ・ 無) 有りの場合以下もご記入お願いします

接触した感染者:(家族・知人友人・同僚・その他)

接触した場所: 都道府県 市区町村

接触した日時: 年 月 日

国外の場合のみ→ 地域() 渡航期間()

○ワクチン接種歴(ワクチンの種類に○をつけて、接種日を記入してください)

未接種

1 回目(ファイザー/モデルナ/不明:R 年 月 日・不明)

2 回目(ファイザー/モデルナ/不明:R 年 月 日・不明)

○既往歴 (以下の持病・状態がある方は○をつけてください)

糖尿病、高血圧、高脂血症、がんの既往歴、心臓疾患、呼吸器疾患、消化器疾患、腎臓病
肥満(BMI 30 以上)、喫煙歴、妊娠中

当院では患者様と職員、地域医療を守るため、院内感染予防策を徹底しております。患者様との接触を必要最低限に減らして発熱外来対応をさせて頂いております。場合によっては対応が不十分と思われることもあるかと存じますが何卒ご了承ください。ご質問などがある場合はスタッフにお尋ねください。

(職員利用: 抗原 NEAR 外注(だ・鼻) みなし/+-/検査なし/ SpO2 %/発症日 月 日)