

新型コロナウイルス感染症が流行中のため体調のご記入をお願いします。

感染症外来 問診票 年 月 日

氏名	生年月日		性別
		年 月 日 (歳)		男・女
	本日来院の方の携帯電話 () -	現在の体温	学校名・職種	体重
		℃		Kg

1 既往歴、現在治療中の病気をチェックして下さい。

- なし 高血圧症 心疾患 慢性呼吸器疾患 (喘息、肺気腫など)
糖尿病 腎疾患 がん、免疫抑制状態 その他 ()

2 症状の当てはまる所へチェックをお願いします。

	発熱	咳	息苦しさ	倦怠感	咽頭痛	頭痛 関節痛	味覚嗅覚異常	腹痛 下痢
7日前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6日前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5日前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4日前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3日前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2日前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1日前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

その他の症状がありましたら具体的にお書きください。

()

3 本人と同居家族の接触歴、行動歴について全てご回答下さい。

①新型コロナウイルス感染症と診断された方や疑いのある方と一緒にいたことがありますか？

- いいえ はい (誰が:)

②新型コロナウイルス感染症以外に周囲で流行っている病気がありますか？

()

③2週間以内に感染流行地域に行かれましたか？ いいえ はい

☆「はい」と答えられた方へ、どちらに行かれましたか？

誰が: いつ頃 () 何処に ()

④10日以内に、風邪症状があつて他院へ受診しましたか？ いいえ はい

☆「はい」と答えられた方へ、具体的にお書きください

(誰が:)

⑤同居家族に高齢者、基礎疾患のある方はいますか？ いいえ はい

⑥保健所への連絡はしていますか？ いいえ はい

☆「はい」と答えられた方へ、保健所へ連絡した日にち、保健所からの指示の内容を教えてください

誰が: (月 日) (指示内容)

4 同居家族のご職業と関係性を教えて下さい。(母親の職種、父親の職業など)

()

5 車で待機していただきますので、車の車種、色、番号を教えてください。

車種 () 色 () 番号 ()