発熱患者診療　問　診　票

来院番号

記入日　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分

お名前　　　　　　　　　　　　　　 　　生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　歳　　男　・　女

受診ID（あれば）　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯番号

車種・色・ナンバー　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　現在の体温　　　　　　　　℃

1．以下の症状で該当するものにチェックしてください（複数可）

□　37.5℃以上の熱（　　　　月　　　　日　　　　時～）

□ 咳・咽頭痛・鼻汁などのかぜ症状（　　　月　　　日～）

□ 息苦しさ（　　　月　　　日～）　　　□ 強いだるさ（　　　月　　　日～）

□　においが分からない・わかりにくい　（　　　月　　　日～）

□　味が分からない・わかりにくい　（　　　月　　　日～）

２．現在、かかりつけの病院や、通院中の病気がありますか

　　　□なし　　　　□あり　　（病院名：　　　　　　　　　　　　　　疾患名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．本日から２週間以内に大田・江津・浜田・益田市・邑智郡以外に行きましたか

□なし　　　　□あり　　行先・施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．本日から２週間以内に５人以上の人が集まる場所に行きましたか

　　　□なし　　　　□あり　　行先・イベント名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．上記3．４．に該当する人と接触がありましたか？　　　　　□なし　　　　　□あり

①　問診票の1.に1つ以上該当し、かつ３．～4．のいずれかに該当する　□

②　症状が出て2日～9日以内である　□

③　症状が出て10日以上である　□

上記①かつ②③のどちらかに該当していればCOVID-19感染症疑いとして担当医・看護師に報告

当院に来院までの時間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話対応者氏名

COVID-19検査指示　□なし　　　□あり　指示医師サイン