

来院番号

## 発熱患者診療 問診票

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 \_\_\_\_\_ °C

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°C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 \_\_\_\_\_