

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 _____