

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 (本日 時～ : 月 日～)

咳 (本日 時～ : 月 日～) のどの痛み (本日 時～ : 月 日～)

鼻水 (本日 時～ : 月 日～) 体のだるさ (本日 時～ : 月 日～)

頭痛 (本日 時～ : 月 日～)

2. 現在、通院中の病気がありますか いいえ はい (疾患名: _____)

3. 10日以内に多数の人が集まる場所やイベントに行きましたか (会食、セミナー等)

いいえ はい 場所・イベント名 (_____)

4. 10日以内に新型コロナウイルス感染症患者の「濃厚接触者」と言われましたか

いいえ はい

5. 4. で「はい」の方は対象者について教えてください (同居人、同じ会社、同じ学校、保育園など)

(_____)

6. 新型コロナワクチン接種をしていますか いいえ はい (1回 2回 3回 4回)

① 問診票の 1.に 1つ以上該当し、かつ 3.か 4.のいずれかに該当する

② 問診票の 4.に該当する

上記①か②のどちらかに該当していれば COVID-19 感染症検査対象として担当医・看護師に報告

当院に来院までの時間 _____

電話対応者氏名 _____

2021.12月改訂 2022.7月改訂