

発熱等の症状のある方の問診票

問診日: R 年 月 日

フリガナ:	生年月日: 年 月 日 (歳)
氏名:	性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所:	職業:
電話番号:	妊娠: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
携帯電話:	喫煙: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

1、症状 (いつから 月 日) 平熱(_____ °C) SPO2(_____ %) P(_____)
 発熱(37.5°C以上) なし あり、最高発熱(_____ °C、いつ(_____))
 呼吸器症状 咳 痰 呼吸困難・息苦しさ 鼻水 咽頭痛
 その他の症状 倦怠感(重度・軽度) 関節痛 頭痛 下痢 嘔吐
味覚障害 嗅覚障害 結膜炎
 特記すべき症状(_____)

2、治療中の病気 なし あり
呼吸器疾患 腎疾患(透析等) 心疾患 糖尿病 高血圧
脂質異常症 肥満(BMI 30 以上) 免疫抑制剤・抗がん剤
その他(_____)

3、2週間以内の行動歴・接触歴の確認

○新型コロナとの接触歴 なし あり
 新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触がある(15分以上で1m以内など)
 いつ(_____)、どこで(_____)

○2週間以内の県外への移動・接触歴 なし あり
県外への移動あり : いつ(_____)、どこへ(_____)
県外の方との接触歴あり(食事や会話など 15 分以上を目安に)
 いつ(_____)、県名(_____)

○周囲での有症状者 なし あり
 (誰・症状など: _____)

○同居家族以外で4人以上の外出・会食歴 なし あり
 いつ(_____)、どこで(_____)

4、新型コロナワクチン接種歴 なし 1回目済 2回目済

【備考】