発熱等症状の方の問診票

車NO:　　緑 黄 赤

ID :

問診日:R 5年　月　日

フリガナ:	生年月日:　年　月　日(　歳)
氏名:	性別 : □男性 □女性(妊娠 : あり なし)
住所:	身長:　cm
携帯番号:	体重:　kg
内服中の薬: □ない　□ある	喫煙　: □なし　□あり

1、症状 平熱(　℃) 現在の体温(　℃)　SPO2(　%)P(　)

①発熱(37.5℃以上) □なし □あり いつから(　月　日)

最高発熱(　℃ 、 いつ(　)

解熱剤の使用 □なし □あり(最終使用:　)

②下記症状 いつから(　月　日)

呼吸器症状　□咳 (少し・ひどい・痰がらみ・乾いた咳・ケンケンした咳)

□鼻水(少し・ひどい・透明・黄色・青ばな)　□痰

□呼吸困難・息苦しさ　□咽頭痛

その他の症状　□倦怠感(重度・軽度) □関節痛 □頭痛

□下痢(1～5回/日・5～10回/日・10回以上)

□嘔吐(1～5回/日・5～10回/日・10回以上)

＜小児科(中学生以下)の方＞

・水分は □摂れる□少し□摂れていない　・食事は □摂れる□少し□摂れていない

・検査後(陰性の場合)・・・ □当院小児科受診希望 □検査のみ希望 □かかりつけ医受診希望

＜内科(高校生以上)の方＞

・検査後(陰性の場合)・・・ □症状に対する薬を希望 □検査のみ希望 □内科での診察希望

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(BMI30 以上) □免疫抑制剤・抗がん剤 □その他(　)

3、接触歴の確認(同居家族も含む)

1週間以内に、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)

□なし □あり

いつ(　)、どこで(　)

4、新型コロナワクチン接種歴 □なし □あり

・接種回数(　)回　・直近の接種年月日(　年　月　日)

5、新型コロナ感染症に罹患 □なし □ある いつ(　年　月　)