

# 【発熱外来問診票】

駐車場 第1 (No. )・第2・プレハブ

**濃厚  
接触者**

記入日 年 月 日

氏名(かか) \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日

携帯電話 \_\_\_\_\_

保護者Tel \_\_\_\_\_

自宅住所 〒 \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_

性別  男  女

年齢 歳 職業 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

未成年の場合保護者氏名 \_\_\_\_\_ 関係( ) \_\_\_\_\_

チェック項目		なし	あり	いつ(~)	詳細
連絡	来院前に保健所へ連絡				
症状	発熱 (平熱: °C)			/	来院時の体温 ( °C) 最高体温 ( °C) 解熱剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	咳・痰・鼻水			/	
	息苦しさ			/	SpO2 ( %)
	咽頭痛 (のどの痛み)			/	
	倦怠感 (だるさ)			/	
	頭痛・関節痛・筋肉痛			/	
	腹痛・吐き気・嘔吐・げり			/	
	味覚異常・嗅覚異常			/	
	その他			/	
受診	上記症状での受診			/	処方薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	上記症状でコロナ検査			/	検査種類 ( ) 結果 ( )
接種	新型コロナワクチン接種歴	1回目		/	ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
		2回目		/	ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
		3回目		/	ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
感染機会	コロナ陽性者との濃厚接触歴				関係 ( )
	陽性者の状況				発症日( / ) 検査日( / ) 診断日( / ) 療養先: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> ホテル <input type="checkbox"/> 病院
	最終接触日				( / )
基礎疾患等	基礎疾患等				<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 腎疾患(透析含む) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 投薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり アルコール <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 授乳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	妊娠 (の可能性) 週数 ( 週 日)				かかりつけ <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 ( ) 予定日 ( )

スタッフ記入欄  PCR結果通知  証明書発行  データ入力  発生届作成

【処方】 【結果連絡方法】

無  有  電話  メール ( )

【検査・処置】

無 ※陽性の場合 (身長 cm 体重 kg BMI )

コロナ抗原検査 ( + ・ - )  インフル ( + ・ - )

コロナPCR検査 ( 鼻咽頭ぬぐい液 唾液 ) 院内 外注 ( + ・ - )

血液検査  X-P  CT  その他

【証明書】

不要  要 (  手渡し  郵送 )  結果TEL時  
担当医師 ( )