

【発熱外来問診票】

第1 (No.)・第2・プレハブ・テント

内科

受診日 年 月 日

氏名

生年月日 年 月 日

携帯電話

保護者Tel

自宅住所 〒

身長 cm 体重 kg BMI (スタッフ記入)

ID

性別 ☐ 男 ☐ 女

年齢 歳 職業

当院予約システム利用 ☐ あり ☐ なし

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
症状	発熱 (平熱: °C)			/	来院時の体温 (°C) 最高体温 (°C) 解熱剤使用 ☐ なし ☐ 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・検査	上記症状での受診			/	処方薬 ☐ なし ☐ あり
	上記症状でコロナ検査				検体種類 ☐ 鼻腔 ☐ 鼻咽頭 ☐ 唾液
	☐ 抗原検査キット(+・-)		(検体採取日)	/	承認情報 ☐ 体外診断用 ☐ 研究用
	☐ PCR検査(+・-)		(結果判明日)	/	陽性登録 ☐ 済 ☐ 未
罹患	新型コロナ罹患歴			/	発症日() 診断日()
ワクチン	新型コロナワクチン接種歴				接種回数()回 直近の接種日(年 月 日) ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
家族	同居者(いる・いない)				有症状者との関係()
	同居家族有症状者			/	症状()
接触	コロナ陽性者との接触歴			/	☐ 家庭 ☐ 職場 ☐ 学校 ☐ その他 陽性者との関係()
	渡航歴			～	渡航先()
基礎疾患等	基礎疾患等				☐ 呼吸器疾患 ☐ 心疾患 ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常 ☐ 腎疾患(透析含む) ☐ 悪性腫瘍 ☐ 免疫不全 ☐ 糖尿病 ☐ その他() 投薬 ☐ なし ☐ あり
	喫煙 ☐ なし ☐ あり アレルギー ☐ なし ☐ あり 授乳 ☐ なし ☐ あり				
	妊娠(の可能性) 週数(週 日)				かかりつけ ☐ 当院 ☐ 他院() 予定日() 出産回数(回)

スタッフ記入欄 ☐ 届出対象外 (☐ A票 ☐ B票) ☐ 届出対象 (☐ HER-SYS ☐ 周産期システム)

【処方】	【結果連絡方法】	【検査キット配布】
☐ 無 ☐ 有 (☐ ラゲプリオ)	☐ 電話 ☐ 予約システム	☐ () キット
【検査・処置】		
☐ 無 ☐ コロナ抗原検査 (+ ・ -) ☐ インフル (+ ・ -)		
☐ コロナPCR検査 (+ ・ -)		
☐ 血液検査 ☐ X-P ☐ CT ☐ 乳房ケア ☐ 点滴 ☐ エコー (経膈・経腹)		
☐ その他 担当医師 ()		