

【発熱外来問診票】

第1 (No.)・第2・プレハブ・テント

**濃厚
接触者**

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 _____ 学校名 _____

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
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・検査			/	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 検体種類 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭 <input type="checkbox"/> 唾液
		(検体採取日)	/	<input type="checkbox"/> 抗原検査キット(+・-) 承認情報 <input type="checkbox"/> 体外診断用 <input type="checkbox"/> 研究用
	(結果判明日)	/	<input type="checkbox"/> PCR検査(+・-) 陽性登録 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
罹患			/	新型コロナ罹患歴 発症日() 診断日()
接種				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
感染経路				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(/)
				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() 喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処方薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 授乳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 投薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
				妊娠(の可能性) かかりつけ <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院() 週数(週 日) 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】
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> ラゲプリオ)	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 予約システム	<input type="checkbox"/> () キット
【検査・処置】		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> コロナ抗原検査 (+ ・ -) <input type="checkbox"/> インフル (+ ・ -)		
<input type="checkbox"/> コロナPCR検査 (+ ・ -)		
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> エコー (経膈・経腹)		
<input type="checkbox"/> その他 担当医師 ()		