

【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 |
| | <input type="checkbox"/> 抗原検査キット (+・-) (検体採取日) _____ <input type="checkbox"/> PCR検査 (+・-) (結果判明日) _____ | | / | 承認情報 <input type="checkbox"/> 体外診断用 <input type="checkbox"/> 研究用 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 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 | | | 投薬 <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 (_____) 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 (_____) | | |