

新型コロナウイルス感染拡大防止の為の問診票

ID()←スタッフが記入します

令和 年 月 日

・患者情報

ふりがな		生年月日	(T・S・H・R) 年 月 日
氏名		性別・年齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 ()歳
住所	〒		
電話番号1		電話番号2	
職業		通勤・移動手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 新幹線

・行動歴

2週間以内	本人	<input type="checkbox"/> 国外渡航歴あり	<input type="checkbox"/> 県外への移動歴あり	<input type="checkbox"/> 国外・県外移動歴なし
の		3密(密閉・密集・密接)または疑わしい場所を		<input type="checkbox"/> 訪れた <input type="checkbox"/> 訪れていない
行動歴	同居家族	<input type="checkbox"/> 国外渡航歴あり	<input type="checkbox"/> 県外への移動歴あり	<input type="checkbox"/> 国外・県外移動歴なし

・症状

2週間以内に症状のあったものに✓をつけてください		今もある症状に✓をつけてください
<input type="checkbox"/> 発熱(度)	()日前から	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	()日前から	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 咳	()日前から	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> のどの痛み	()日前から	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 痰	()日前から	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 呼吸苦	()日前から	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 鼻水	()日前から	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 寒気・関節痛	()日前から	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 味・匂いが分からない	()日前から	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 腹痛	()日前から	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 下痢	()日前から	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 嘔吐	()日前から	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 頭痛	()日前から	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> その他症状()	()日前から	<input type="checkbox"/>

来院されるお車ナンバーをお書きください ↓

特記事項

スタッフが記入します	
報告書	<input type="checkbox"/> (/)
診断書	<input type="checkbox"/> (/)
電話のみ	<input type="checkbox"/>

スタッフが記入します		
体温		
SpO2		
脈拍		
自費	保険	
一般	唾液	鼻腔

