

PCR 検査・風邪症状 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

医師が必要と認めた場合：コロナウイルス PCR 検査を 希望する 希望しない

新たな検査・治療を開発するため、臨床データや検体等を使用した研究に協力をお願いしますか？協力する 協力しない
(個人情報には細心の注意を払い、当院および共同研究施設の倫理委員会方針に基づき検体を扱います。)

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	

