

発熱外来 問診票



ID()

令和 年 月 日

フリガナ		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
*未成年の場合	保護者名()	(父・母・その他)	携帯()

7日以内 の行動歴	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
		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
	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

7日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	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	()日前	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 咳	()日前	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> のどの痛み	()日前	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 痰	()日前	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 呼吸苦	()日前	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 鼻水	()日前	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 寒気・関節痛	()日前	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 味・匂いが分からない	()日前	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 腹痛	()日前	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 下痢	()日前	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 嘔吐	()日前	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 頭痛	()日前	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> その他症状()	()日前	<input type="checkbox"/>

車ナンバー

特記事項(スタッフ記入欄)

抗原検査	陰性	→	PCR検査
	陽性		

- ・既往歴はありますか? なし あり 病名()
- ・現在通院中の病気はありますか? なし あり 病名()
- ・現在内服中の薬はありますか? なし あり お薬名()
- ・女性の方へ 妊娠中ですか? はい()ヶ月 いいえ
- 授乳中ですか はい いいえ
- ・コロナワクチン()回接種 1回目()月 日) 2回目()月 日) 3回目()月 日) メーカー()
- ・喫煙 なし あり 1日()本
- 医師が認めた場合 PCR検査を 希望する 希望しない

体温	℃
脈拍	/分
SpO2	%

検査・診断方法の改善のため、臨床データやPCR・抗原検査の検体を使用した研究に協力をお願いしますか?
 (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匿名の検体として扱います。)

協力する 協力しない