

新型コロナウイルス感染症問診票

受診日時	令和 年 月 日 () (時 分) 報告者:
対象者 情報	氏 名 (..... 様) 性別 (男 ・ 女) 生年月日 (..... 年 月 日生) 年齢 (.....)
症状	【受診時の VS】 体 温 : °C 脈 拍 : 回/分 血 圧 : / mmHg SPO ₂ : % 呼吸数 : 回/分
	発 熱 (有 無) (..... °C) ⇒いつから (..... 月 日) → 解熱剤の使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (最終使用日時: 頃) 咳 (有 無) 鼻 汁 (有 無) 鼻 閉 (有 無) 倦怠感 (有 無) 悪 寒 (有 無) 頭 痛 (有 無) 眼 充 血 (有 無) 呼 吸 苦 (有 無) 咽 頭 痛 (有 無) 関 節 痛 (有 無) 筋 肉 痛 (有 無) 吐 き 気 (有 無) 下 痢 (有 無) 食 欲 不 振 (有 無) 味 覚 障 害 (有 無) 嗅 覚 障 害 (有 無) 喀 痰 (有 無) その他 (.....)
渡航歴・ 接触歴	<input type="checkbox"/> <u>流行地域への移動歴がある</u> / <input type="checkbox"/> <u>海外への渡航歴がある</u> 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃 詳細な地域名 (.....) <input type="checkbox"/> <u>流行地への移動歴がある方と接触した</u> または <input type="checkbox"/> <u>新型コロナウイルス患者または疑い患者と接触した</u> 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃 接触場所 (.....) 接触人物[相手] (.....) 接触状況 (.....) <input type="checkbox"/> <u>渡航歴/接触歴なし</u>
その他 情報	・ 家族構成(同居家族): ・ 基礎疾患: ・ 常用薬: ・ 喫煙歴: ・ アレルギー / 喘息: ・ 職業:
備考

※新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため、記入の御協力をお願い致します。