

問診票		
(カタカナ)		年齢
氏名		歳
連絡先	自宅・携帯	- -

現在の症状にあてはまる項目に <input checked="" type="checkbox"/> をして下さい。		
現在の体温	(°C)
<input type="checkbox"/> 息苦しさがある	<input type="checkbox"/>	痰が出る
<input type="checkbox"/> 強いだるさがある	<input type="checkbox"/>	鼻水・鼻詰まり
<input type="checkbox"/> 咳が出る	<input type="checkbox"/>	頭が痛い
<input type="checkbox"/> 味覚異常がある	<input type="checkbox"/>	体が痛い
<input type="checkbox"/> 嗅覚異常がある	<input type="checkbox"/>	吐き気がする
<input type="checkbox"/> のどが痛い		
いつから上記の症状がありますか → 月 日から		

下記の質問にお答えください。	
①2週間以内に、学校・職場等で新型コロナウイルス感染症の方の情報がありますか？	→ はい ・ いいえ
(①はの場合) あなたは濃厚接触者ですか？	→ はい ・ いいえ
②2週間以内に、同居者に感冒様症状(熱、咳、鼻水、倦怠感等)、味覚症状がある方はいますか？	→ はい ・ いいえ
(②はの場合) →どなたですか？ () →新型コロナウイルス感染症の検査(PCR検査)を受けましたか？ ・はい【検査日(/)・結果 (陰性・陽性・結果待ち)】 ・いいえ	
③2週間以内に、同居者の職場で新型コロナウイルス感染陽性あるいは検査中の方はいますか？	→ はい ・ いいえ
(③はの場合) 同居者は濃厚接触者ですか？	→ はい ・ いいえ
④コロナワクチンの予防接種は接種済みですか？	→ はい 1回目(/) 2回目(/)
	いいえ

ご記入ありがとうございました。受付にお渡してください。

医事課記入欄

※カルテID【 】・SPO2【 %】