

問診票 (COVID)

年 月 日

フリガナ

患者氏名: _____ 身長: _____ cm 体重: _____ kg

生年月日: (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 性別: 男 女

職業: _____

現住所: _____

固定電話番号: (_____ - _____) 携帯電話番号: (_____ - _____)

患者さんが18歳以下の未成年の場合、保護者連絡先をご記入ください。

保護者氏名:

現住所: _____

固定電話番号: (_____ - _____) 携帯電話番号: (_____ - _____)

通院中の病院はありますか。 なし あり 病院名: _____

服用中の薬がありますか。 なし あり 薬品名: _____

過去に入院・手術はしましたか。 なし あり 疾患名: _____

薬のアレルギーはありますか。 なし あり 薬品名: _____

たばこは吸いますか。 なし あり

(_____)歳から(_____)歳まで喫煙 (_____ 本/日)

アルコールは飲みますか。 なし あり (_____ 回/週)

1. 以下の症状で該当するものにチェックしてください。(複数可)

現在の腋下 温度 °C
血中酸素濃度 %

発熱(37.5以上) _____日から _____日間 最高体温 _____°C

熱がでるので解熱剤で対応している _____日から _____日間

のどが痛い 鼻水が出る 鼻がつまる くしゃみが出る せきが出る

痰が出る 息苦しい 体がだるい 頭痛 吐き気

嘔吐 下痢 眼の充血 味覚障害 嗅覚障害

その他の症状 (_____)

2.新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触(のうこうせつしょく)がありましたか。

なし あり

感染者と同居、車内や航空機内等で、2メートル以内での長い時間の会話

マスクや手袋などの個人防護具なしで感染者の看護・介護をしていた

感染が疑われる者の気道分泌物、体液等に直接接触した

3.今回の症状がでる前の1か月以内に国内を移動したり海外(全地域)に行きましたか。

なし あり

①国内: 県 市 場所:

②国外: 国名() 詳細地域:()

渡航期間: 出国日 年 月 日 入国日 年 月 日

旅券番号:()

4. 新型コロナウイルス予防接種は接種済みですか。

はい いいえ

1回目: 年 月 日 ファイザー モデルナ アストラゼネカ その他

2回目: 年 月 日 ファイザー モデルナ アストラゼネカ その他

3回目: 年 月 日 ファイザー モデルナ アストラゼネカ その他

5. 治療中もしくは過去にかかった病気はありますか。 なし あり

がん 呼吸器(肺) ぜんそく 腎臓病 高血圧

糖尿病 高脂血症 肥満 心臓 抗がん剤

免疫抑制治療 悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患(COPD)

その他 具体的に(_____)

6. 女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。

なし あり

7. 授乳中ですか? いいえ はい

8. 同居の方はいますか? いいえ

はい

(記入例 夫 ○○歳、妻 △△歳、息子 □□歳)

(_____)

ご協力いただきありがとうございました。しばらく、外でお待ちください。