

## 発熱外来 問診票

(フリガナ)			
名前		職業	
性別	男性・女性・その他		
生年月日	西暦          年    月    日    (          才)		
居住住所	〒		
携帯番号	-          -	自宅電話	-          -
住民票住所 <small>(違う場合のみ記入)</small>	〒		
保護者氏名 <small>(18歳以下の場合記入)</small>			
保護者電話番号			
コロナワクチン 接種回数	合計                  回                  ・未接種		
	直近のコロナワクチン接種年月日                  年    月    日		
	直近の接種ワクチン                  ファイザー・モデルナ・その他 (          )		
症状	当てはまる症状はありますか？ ・発熱 (          度)    ・咳          ・痰                  ・呼吸困難 ・全身倦怠感                  ・頭痛                  ・嘔気/嘔吐 ・下痢                  ・結膜炎                  ・臭覚・味覚障害 ・咽頭痛                  ・その他 (                  ) 上記症状はいつからですか？ (                  )		
感染経路	コロナ感染者との接触はありますか？ ・あり (          月    日)                  ・なし		
病歴	・癌                  ・肺疾患                  ・腎臓病 ・心臓疾患                  ・脳血管疾患                  ・高血圧 ・糖尿病                  ・脂質異常                  ・喫煙歴 (          才～          才) ・その他 (                  )		
	妊娠していますか？                  している・していない		

	体温 ( . ) SpO2( %) HR( )
診断情報	診断月日 ( / )
診断方法	院内検査・自己検査・みなし ( )
	PCR・抗原検査 (鼻腔・唾液・咽頭)
	検体採取日 ( / )
重症化リスク	肺炎・肥満
重症度	軽度・中等度Ⅰ(呼吸不全なし)・中等度Ⅱ(呼吸不全あり)・重症
	届出時点の入院の必要性 ・無 ・有
健康観察	・有 (実施理由 ) ・無