

発熱外来問診票

	カルテ番号： 再・初
氏名：	生年月日：T・S・H・R 年 月 日 歳
住所：	↓必ず連絡のつく電話番号をお書きください。 TEL：

以下の質問にお答えください。

1. 現在熱はありますか？ あると答えた方⇒ () 日前から最高 () 度、現在 () 度 その他の症状はありますか？ あると答えた方⇒ 症状があるものにチェック <input type="checkbox"/> 咳・鼻汁 () 日前から <input type="checkbox"/> 強いだるさ (全身倦怠感) () 日前から <input type="checkbox"/> 息苦しさ (呼吸苦) () 日前から <input type="checkbox"/> 臭いがない (嗅覚異常) () 日前から <input type="checkbox"/> 味がしない (味覚異常) () 日前から <input type="checkbox"/> その他の症状 ()	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
2. 基礎疾患がありますか？ あると答えた方⇒ どんな疾患ですか？ (該当するものにチェック) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
3. こちらへ来る前に保健所へ相談しましたか？ あると答えた方⇒ それはいつですか？ (月 日)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
4. コロナウイルス感染者またはその家族と接触したことがありますか？ あると答えた方⇒ それはいつですか？ (月 日) どこで接触しましたか？ ()	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
5. コロナウイルス感染者が発生した施設を利用したことがありますか？ あると答えた方⇒ それはいつですか？ (月 日) どこの施設ですか？ ()	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
6. 2週間以内に海外へ渡航したことがありますか？ あると答えた方⇒ それはいつですか (月 日) 国名および地域 ()	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
7. その他 アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () 体重 (子どもの場合)： kg	
8. 医師が必要と判断した場合、新型コロナウイルス検査を希望しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9. 新型コロナウイルス検査の結果が陽性の場合、保健所等への連絡が行われることを理解・同意しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
氏名 (署名)	署名日： 年 月 日
※医院記入欄 電話受付日時： 2021 年 月 日 時 分 来院予約日時： 2021 年 月 日 時 分 (医) 晃和会 北田医院	

