

発熱外来問診票

フリガナ	カルテ番号： 再・初
氏名：	生年月日：T・S・H・R 年 月 日 歳
住所：〒 (職業： ※任意)	↓必ず連絡のつく電話番号をお書きください。 Tel：

あなたの症状を教えてください。

1. 熱はありますか？ (ありましたか?)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (あった) ( ) 日前から最高 ( ) 度 現在 ( ) 度
2. その他の症状はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 咳・鼻汁・痰 ( ) 日前から <input type="checkbox"/> 咽頭痛(のどの痛み) ( ) 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"/> 頭痛 ( ) 日前から <input type="checkbox"/> 嘔気/嘔吐 ( ) 日前から <input type="checkbox"/> 下痢 ( ) 日前から <input type="checkbox"/> 臭い・味がしない (嗅覚・味覚異常) ( ) 日前から <input type="checkbox"/> その他の症状 ( )
3. 解熱鎮痛剤を使用しましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ( )
4. こちらへ来る前に保健所へ 相談しましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい それはいつですか？ ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日

ここ最近のあなたの行動について教えてください。

5. 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？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい それはいつですか？ ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 どこで接触しましたか？ ( )
6. 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？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい それはいつですか？ ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 どこの施設ですか？ ( )
7. 2週間以内に海外へ渡航したことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい それはいつですか？ ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 国名および地域 ( )

あなたの今の状態を教えてください。

8. 基礎疾患がありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI30以上) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患
9. タバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸う・過去に吸っていた
10. アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )
11. 新型コロナワクチン接種は受け ましたか？	<input type="checkbox"/> はい 最終接種 回目 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	<input type="checkbox"/> いいえ ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ ノババックス・不明
12. 体重 (子供の場合) :	kg	

受診に際しての確認

13. 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
14. 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	
(代筆者)	(続柄： )	
※医院記入欄	電話受付日時： 2022 年 月 日 時 分	
	来院予約日時： 2022 年 月 日 時 分	

※以下をよく読んでいただき、発熱外来受診を希望される方は、裏面問診票のすべての設問項目および同意署名記入をお願いします。

## 当院の発熱外来受診を希望される方へ

当院では新型コロナウイルス感染症流行を踏まえ、発熱外来を設置しています。一般外来とは動線を分け、消毒や換気を徹底し、院内感染予防に努めておりますのでご安心ください。ご不便をおかけしますが、下記につきご留意いただきますようお願いいたします。

発熱外来は発熱などの症状があり、医師の判断により感染が疑わしい場合のみ新型コロナウイルス検査にかかる費用を行政が公費で負担する形で行われます。無症状の人は対象とはなりません。また、インフルエンザに関する検査・治療については従来からの医療保険取扱いとなります。

発熱外来はすべて電話予約となります。予約の際、現在の病状等を問診票に沿ってお聞きし、当院にて日時を決めさせていただきます。

新型コロナウイルス検査によって陽性と判定が出た場合、速やかに保健所に発生届を提出し、保健所の指示に従ってその後の対応を行います。

診断書（別途 税込¥3,300）の発行は可能です。ただし、検査結果のみを記載となります。検査陰性であっても新型コロナウイルス感染症（またはインフルエンザウイルス感染症）を完全に否定することはできません（偽陰性が存在しうる）。そのため、「新型コロナウイルス感染症（またはインフルエンザウイルス感染症）ではないと診断する。」といった確定的な診断書の記載を行うことはできませんので、あらかじめご了承ください。また、診断書のお渡しは受診日翌日以降となります。

### ※医師記入欄

胸部所見：  異常なし  異常あり（

咽頭発赤：  なし  あり SpO2：（ ）％

インフルエンザ検査：  陰性  陽性  未施行

COVID-19 抗原検査：  陰性  陽性  未施行

COVID-19 核酸検査：  陰性  陽性  未施行