

新型コロナウイルス抗原検査・発熱外来問診票

公立七戸病院

* 太枠内にご記入下さい。

記入日	年 月 日			性別	男・女	年齢	才
ID No				生年月日	明 大 昭 平 令		
ふりがな	職場・学校名			年 月 日			
氏名				年 月 日			
住所	〒			自宅電話			
				携帯電話			
車種		車 No		車色			
事前連絡	あり・なし	紹介状	あり・なし	来院歴	あり・なし		

* あなたの今の状態を教えてください。

症状	□なし □あり→	<input type="checkbox"/> 熱 (°C)	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい	病院記入欄	
		<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 筋肉痛	<input type="checkbox"/> 全身がだるい	<input type="checkbox"/> 匂いがしない		
		<input type="checkbox"/> 鼻汁	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 匂いがしない	<input type="checkbox"/> 食欲がない	受診時	
		<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> 食欲がない		●体温 °C	
いつから症状がありますか？					月 日	時ころから	●脈 回
							●SpO2 %
							●BP /
							●体重 kg

(新型コロナウイルス感染症に関わるご質問)

* あなたの2週間以内の行動を教えてください

コロナ感染者またはクラスターに関連する方と何らかの接触があったと思う	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった	保健所に相談しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→保健所へ
感染流行地往来の有無	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった	(いつ、都道府県・市町村)
接待を伴う飲食店への出入り	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった	(いつ、都道府県・市町村)
飲食店での同席(接待の有無に関わらず)	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった	(いつ、都道府県・市町村)
濃厚接触(マスク無しの1m15分以上)	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった	(いつ、都道府県・市町村)
3密状態のイベント・研修会・会議などへの参加	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった	(いつ、都道府県・市町村)
海外渡航歴	<input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった	(いつ、国名)
新型コロナワクチン接種状況	<input type="checkbox"/> 接種済 <input type="checkbox"/> 未接種	回

(インフルエンザウイルスに関わるご質問。)

* あなたの1週間以内の周囲状況を教えてください。

職場・学校・地域でインフルエンザが流行している	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	(いつ どこで)
周囲にインフルエンザにかかった人がいる	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	(いつ だれが)

* これまでのあなたの状況について教えてください。

同居家族	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態患者 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 医療従事者
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	内容
喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> 現在も喫煙している <input type="checkbox"/> 以前喫煙していた
基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 透析中 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	妊娠()週