

<コロナ抗原検査・発熱外来問診票> 令和 年 月 日

*下記問診票にご記入ください。 患者ID _____ KT: _____ P: _____ Spo2: _____ %

ふりがな _____ 生年月日 _____

①氏名 _____ 昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所 _____

② _____ 男 _____ 女 _____

③電話番号 自宅: _____ 携帯: _____ ④職業 _____

⑤車種 _____ 車のNo _____

⑥ 体温 _____ 度 時 現在 発熱はいつからですか? (_____)から

⑦ あてはまる症状に☑をつけ、いつから症状があるのか記入して下さい。

せき (_____)から 頭痛 (_____)から

たん (_____)から 咽頭痛 (_____)から

匂いがしない (_____)から 味覚障害 (_____)から

全身がだるい (_____)から 呼吸が苦しい (_____)から

その他(_____)

⑧ 最近2週間の行動について。どちらかへ出かけましたか?

はい 県内(_____) 県外(_____) 滞在期間 (_____ / _____ ~ _____ / _____)

いいえ

⑨ 感染確定者(コロナ・インフルエンザ)もしくは濃厚接触者との接触はありましたか?

あり (マスク・ゴーグル又はメガネをつけずに手が届く範囲での会話、面会、食事、同居)

なし

⑩ 今回の症状について保健所に相談しましたか? 相談した 相談済み (_____ / _____)

➡ ⑧が感染拡大地域の場合、⑨が有る場合は上十三保健所に相談してもらう(0176-22-3510)

⑪ 基礎疾患の有無

糖尿病 高血圧 脳血管疾患 抗がん剤の使用 透析中 心不全

脂質異常症(高コレステロール血症) 呼吸器疾患(COPDなど) 免疫抑制剤の使用

その他(_____)

⑫ 内服中の薬(薬手帳があればコピー)

⑬ 同居家族 あり(高齢者 基礎疾患者 免疫抑制状態患者 妊婦 医療従事者)

なし

⑭ 妊娠の有無 あり なし

⑮ 喫煙の有無 あり なし

⑯ 喫煙歴 あり なし