

※赤枠内にご記入ください。

検査結果：連絡済 処方：あり・なし

その他：追加検査あり カルテ参照

新患受付依頼 時 分

問診票入力： 済 ・ 未

発熱等対応 問診票

連絡 来院時間 時 分

受診要請月日： 年 月 日 時 分

新患受付 ・ 検査科 保健所 () (コロナ陽性者・濃厚接触・発熱) ・ 一般 ・ 他の病院 ・ 施設 ・ 正面玄関

氏名(性別)	フリガナ 男 ・ 女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 (歳)	国籍
職業	会社名 詳しい業務内容 通勤：電車・車・その他	診察券番号			
住所			電 話	-	-
来院手段	<input type="checkbox"/> 車(車種： 色： ナンバー：) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()				
身長	cm	体重	kg	<input type="checkbox"/> 肥満 (BMI30 以上)	

1. 症状の経過
発症日： 月 日 時ごろから

2. 現症状 なし あり ※ある場合は下記項目へ○をつけてください。
 発熱 (時 度) ・ 咳 ・ 急性呼吸器症状 ・ 全身倦怠感 ・ 頭痛 ・ 嘔気/嘔吐 ・ 下痢 ・
 咽頭痛(嚥下困難) ・ 嗅覚/味覚障害 ・ 鼻汁 ・ 鼻閉 ・ 食欲低下 ADL ()
 その他 ()

3. 新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか なし あり 不明
 1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日 3回目： 年 月 日
 4回目： 年 月 日 (ファイザー ・ モデルナ ・ アストラゼネカ)

4. 治療中または既往歴の病気などはありますか なし あり (かかりつけ医療機関：)
 悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病 脂質異常症
 アレルギー ()
 その他 ()

5. 喫煙していますか。
 喫煙しない 喫煙する 最終喫煙時間 時 分

6. 妊娠していますか。
 妊娠していない 妊娠している

7. 同居している人はいますか。
 いない いる → (続柄： 人暮らし)

8. 同居家族・学校・勤務場所などに症状のある方はいますか
 ()

9. 症状が出た日以前の 14 日間の行動歴について記入をしてください
 ① 旅行 なし あり (どこへ：) (期間： 月 日 ~ 月 日)
 ② 同居者以外との会食 ()
 ③ その他 ()

持ち物： 保険証・診察券・お薬手帳・水分・筆記用具・自主検査の結果 (PCR ・ 抗原) あり ・ なし ・ 直前の熱 ・ トイレの説明

症状・行動歴

来院月日 年 月 日 時間 分 ※問診時、しっかりと情報収集を実施してください
バイタル： 時 分 BT: °C P: 回 Spo2: % RR 回 BP / mmHg

症状

2022年 6月1日