

※赤枠内にご記入ください

発熱時対応 問診票

問診票入力： 済 ・ 未

連絡

来院時間 時 分

新患受付依頼： 時 分

受診要請月日： 年 月 日 時 分

新患受付 (コロナ陽性者 ・ 抗原検査陽性者 ・ 濃厚接触者 ・ 発熱)

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	
診察券番号			(歳)	
自宅電話番号	-	-	本日の連絡先	
携帯電話番号	本人	-	-	<input type="checkbox"/>
	保護者/ご家族 ※19歳以下	氏名： -	-	<input type="checkbox"/>
	施設	施設名： -	ご担当者： -	<input type="checkbox"/>
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) BMI: アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
症状・ 行動歴	1. 症状の経過について記載ください			
	発症： 月 日 時頃から 例) 発熱、頭痛、咳、など			
	・コロナ罹患者と接触はありましたか <input type="checkbox"/> あり ー いつ頃 () 誰と： 同居家族 ・ その他 <input type="checkbox"/> なし		・コロナ罹患歴について教えてください <input type="checkbox"/> あり … いつ頃 (年 月頃) <input type="checkbox"/> なし	
	2. 既往歴 該当に○をしてください 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 心疾患 ・ その他 ()			
3. 妊娠していますか <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠している (W)				

来院月日： 月 日 日 時 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

現症状 なし あり

・発熱 (時 °C) ・咳 ・ 痰 ・ 咳以外の急性呼吸器症状 ・ 頭痛 ・ 鼻汁 ・ 鼻閉 ・ 食欲低下

・水分摂取 (可 ・ 否) ・ 全身倦怠感 ・ 嘔気/嘔吐 ・ 下痢 ・ 結膜炎 ・ 嗅覚/味覚障害

・咽頭痛 (嚥下 可 ・ 否) ・ ADL ()

・その他 []