

問 診 票

ふりがな

西暦 年 月 日

氏名： _____

年齢 歳 月

体重 _____ kg

あてはまる個所にチェックしてください。

<input type="checkbox"/>	① 1ヶ月の間に県外から来た方 (いつ: _____ 場所: _____)
<input type="checkbox"/>	② 新型コロナウイルス感染症であることが確定した人と接触した。(月 日頃)
<input type="checkbox"/>	③ 新型コロナウイルス流行地域にこの1ヶ月の間に移動された方。 (場所: _____ いつ: _____)
<input type="checkbox"/>	④ 新型コロナウイルス流行地域にこの1ヶ月の間に移動した人と接触した。 接触した方は症状がありますか? いいえ・はい (_____)
<input type="checkbox"/>	⑤ 基礎疾患 (心臓病・糖尿病・気管支喘息などの慢性呼吸器疾患など) がある方
<input type="checkbox"/>	⑥ 妊娠中の方

状態確認

<input type="checkbox"/>	⑦ (風邪症状や) 37.5℃以上の発熱が <u>3日以上</u> 続いている。
	上記質問が『はい』場合の方は、いつからですか _____ 月 日
<input type="checkbox"/>	⑧ だるさ (倦怠感) や息苦しさ (呼吸困難)、咽頭痛あるいは嗅覚・味覚異常がある。
<input type="checkbox"/>	⑨ 咳が1週間以上続いている。
<input type="checkbox"/>	⑩ 上記項目に該当しない。

月 日	月 日			月 日			月 日			本日受診された理由
	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	
40.0℃										今期インフルエンザ予防接種[未・済 (回)] 薬の種類の希望 シロップ 粉 錠剤 下記にあてはまる場合は○をして下さい 1. 耳の下の腫れ 2. 発疹(ブツブツ) 3. 頭痛 4. 腹痛 5. 食欲がない 6. 水分が取れない 7. 機嫌が悪い 8. 検査してほしい 9. けいれん既往がある
39.0℃										
38.0℃										
37.0℃										
36.0℃										
咳	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	
鼻水	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	
下痢		回	回		回	回		回	回	
嘔吐		回	回		回	回		回	回	