

問 診 票

ふりがな

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名： _____

年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

あてはまる個所にチェックしてください。

<input type="checkbox"/>	① 1ヶ月の間に海外・県外から来た方、海外・県外に行った方（本人・同居家族含む） （いつ： _____ 場所： _____ ）誰が（ _____ ）
<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 この1ヶ月の間に海外・県外に住んでいる方、海外・県外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"/>	④ 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"/>	⑤ 妊娠中の方

状態確認

<input type="checkbox"/>	⑥ （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"/>	⑦ 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"/>	⑧ 咳が1週間以上続いている。	
<input type="checkbox"/>	⑨ 上記項目に該当しない。	

☆多確認事項 本日の体温（ _____ ）℃ 本日の体重（ _____ ）kg

- けいれん既往がある 薬、食べ物のアレルギーがある（ _____ ）
 のんでいる薬がある ※診察時にお薬手帳のご準備をお願いします。
 現在、他の病院にかかっている（ _____ ）
 家族に同様の症状の人がいる 周囲で流行している病気がある（ _____ ）

	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	
40.0℃									薬の希望 シロップ 粉 錠剤 薬の飲み方の希望 なし 昼は飲めない 下記にあてはまる場合は○をしてください 耳の下の腫れ 発疹（ブツブツ） 頭痛 腹痛 のどの痛み 機嫌が悪い 食欲がない 水分が取れない 《看護師記入欄》
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	
鼻水	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	
嘔吐		回		回		回		回	
下痢		回		回		回		回	