

問 診 票

ふりがな

記入日 年 月 日

氏名： _____

年齢 歳 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
<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。（ _____ 月 _____ 日から）
<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。

新型コロナワクチン接種歴 なし・あり（1回目： _____ 月 _____ 日 2回目： _____ 月 _____ 日）

☆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	夜
40.0℃									
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
鼻水	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり
嘔吐		回		回		回		回	
下痢		回		回		回		回	

《看護師記入欄》