

カナ氏名 ()
 患者氏名 : _____ ご職業 (教職員の場合職種・所属) : _____
 生年月日 : _____ 連絡先電話番号 (小児の場合保護者 Tel) : _____
 年齢 : _____ 歳 性別 : 男性 女性 保護者氏名 (小児の場合のみ記載) : _____
 ご住所 (初めて受診される方のみ) : _____

発熱外来問診票

【看護師記入欄】 下記表右側の症状に当てはまるものがあれば○を

BP _____ HR _____ BT _____ °C SpO2 _____ % RR _____

体重 _____ kg 身長 _____ cm (BMI _____) (体重《kg》/身長《m》²)

1. 発熱についてわかる範囲で記入してください

月日	/	/	/	/	/	/	/	/
体温℃								

2. 症状について記入してください

症状	なし	あり	いつから	症状	なし	あり	いつから
咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		げり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
のどの痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		吐き気・おう吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他呼吸器症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		全身倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		味覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		嗅覚障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

その他の症状 (_____)

3. 症状が出現してからクリニック等を受診しましたか

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	いつ	どこ
------------------------------	-----------------------------	----	----

4. 家族・友人・職場等、今回の症状が出る前2週間以内に直接会った方で、新型コロナウイルス感染症と診断された方はいますか

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	いつ	だれ
------------------------------	-----------------------------	----	----

5. 2週間以内に渡航歴はありますか

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	期間	国名
------------------------------	-----------------------------	----	----

6. 新型コロナウイルスのワクチンは接種されていますか

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	1回目接種	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	(接種年月日: R 年 月 日)
		2回目接種	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	(接種年月日: R 年 月 日)
		3回目接種	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	(接種年月日: R 年 月 日)
		4回目以降・直近の接種日 (R 年 月 日・ <input type="checkbox"/> 不明)			
		<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 不明			

7. いままで診断されたことのあるご病気、生活習慣に をつけて下さい

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病	<input type="checkbox"/> 心血管疾患 (狭心症、心筋梗塞)
	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 (脳卒中)	<input type="checkbox"/> 喫煙歴	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病
	<input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> 肥満	<input type="checkbox"/> 臓器移植	<input type="checkbox"/> 免疫抑制剤使用中
	<input type="checkbox"/> 抗がん剤使用中	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (週)	<input type="checkbox"/> その他 ()	