

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) : _____

新型コロナ PCR 検査外来問診票

検査外来についての注意事項

- ① 検査外来は「濃厚接触者となった当院教職員・教職員ご家族の方のみ」を対象に実施しております。
- ② 当外来は完全予約制です。問診票を全て記入した上で、インターフォンを鳴らし「予約時間、お名前、検査 PCR であること」を看護師にお伝え下さい。
- ③ 新型コロナ PCR 検査のみを実施し、診察や処方はいりません。また、検査会場は屋外スペースになります。
- ④ 検査結果については、教職員所属上司よりお電話にてお伝え致しますので、検査終了後はご帰宅下さい。

1. 本日の体温・身長/体重を記入ください

体温 : _____ °C 身長 : _____ cm 体重 : _____ kg 《SpO2 (_____ %)》

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
咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
のどの痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他呼吸器症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

症状	なし	あり	いつから
げり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
吐き気・おう吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
全身倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
味覚障害	<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)	

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"/> 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 (_____)			