

# 発熱患者問診票

電話問い合わせの際に  
保険証と免許証を持参して頂くように  
ご案内して下さい。

看護師 印	事務 印
----------	---------

記入日： 令和 年 月 日

ID： \_\_\_\_\_

連絡時間： \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 男・女 明昭：大平 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

連絡先 ( \_\_\_\_\_ ) ← 保健所に報告する連絡先

● 発症日 年 月 日 ( 初発症状 \_\_\_\_\_ )

① 現在の症状	<input type="checkbox"/> 発熱 (KT _____ °C)	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳以外の急性呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻づまり
	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 嘔気	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> 結膜炎	<input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚障害	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
	<input type="checkbox"/> 症状なし				
② 基礎疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 各種癌	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎
	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 心不全
	<input type="checkbox"/> 弁膜症	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 重症腎不全	<input type="checkbox"/> 重症肝不全	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

● 薬希望(15才以上のみ聞き取り) 有 ・ 無 15才未満は、症状を薬で抑えるといけない場合があるため  
(薬の案内) ※陽性の方は、解熱/痛み止め/咳/痰の処方全例を行います。症状に合わせて内服して下さい。(費用負担なし)  
※陰性の方は、上記の薬を希望(有無)に合わせて処方を行います。(内容変更やその他の薬は行いません)

● ワクチン ・ 一回目 ( / ) ・ 二回目 ( / ) ・ 三回目 ( / )  
ファイザー ・ モデルナ ファイザー ・ モデルナ ファイザー ・ モデルナ

● 職業・職種 ( 学校・学年・クラス ) 等 ( \_\_\_\_\_ )

● 上記所在地  愛知  岐阜  三重  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
市町村 ( \_\_\_\_\_ )

● 通勤手段  公共交通機関  自家用車  その他 ( \_\_\_\_\_ )

● 14日以内の外出 何時 ( \_\_\_\_\_ ) どこへ ( \_\_\_\_\_ )  
県名 ( \_\_\_\_\_ ) 市町村 ( \_\_\_\_\_ )

③ 周囲にCOVID-19の発生 ( 有・無 ) 何時 ( / ) 場所 ( \_\_\_\_\_ )

④ PCR検査を受けた人との接触 ( 有・無 ) 何時 ( / ) 関係性 ( \_\_\_\_\_ )

● 周囲にインフルエンザの発生 ( 有・無 ) 何時 ( / ) 場所 ( \_\_\_\_\_ )

● インフルエンザ陽性者との接触 ( 有・無 ) 何時 ( / ) 関係性 ( \_\_\_\_\_ )

● 来院までの交通手段  公共交通機関  徒歩  
 自家用車 車種 ( \_\_\_\_\_ ) 色 ( \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

● 当院までの所要時間 ( \_\_\_\_\_ 分)

【受診時】

⑤ バイタル ( Bp \_\_\_\_\_ KT \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ SP02 \_\_\_\_\_ )

● 検査

・ COVID抗原 ( \_\_\_\_\_ ) ・ COVID-PCR ( \_\_\_\_\_ ) ・ インフル ( \_\_\_\_\_ )

検査理由：  ①  ②  ③  ④  ⑤  その他 ( \_\_\_\_\_ )