

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・大 年 月 日生 年齢 _____ 歳
昭・平

連絡先 (_____) ← 保健所に報告する連絡先

● 発症日 年 月 日 (初発症状 _____)

● 現在の症状 発熱 (KT _____ °C) 咳 咳以外の急性呼吸器症状 鼻水 鼻づまり
 全身倦怠感 頭痛 嘔気 嘔吐 下痢 結膜炎 嗅覚・味覚障害
 咽頭痛 関節痛 その他 (_____)
 症状なし

● 周囲にCOVID-19の発生 (有・無) 何時 (/) 場所 (_____)

● 周囲にインフルエンザの発生 (有・無) 何時 (/) 場所 (_____)
発生があれば陽性者との接触 (有・無)

● 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 (_____)

● 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/痰の処方を行いません。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)

65歳以上のみ

基礎疾患 高血圧 糖尿病 高脂血症 各種癌 慢性気管支炎 喘息 脳梗塞
 脳出血 心筋梗塞 心不全 弁膜症 不整脈 重症腎不全 重症肝不全
 その他 (_____)

・ ワクチン 最終接種 (_____) 回目 (/) ファイザー・モデルナ
・ 職業・職種 (学校・学年・クラス) 等 (_____)

妊娠のみ (女性のみ)

・ ワクチン 最終接種 (_____) 回目 (/) ファイザー・モデルナ
・ 職業・職種 (学校・学年・クラス) 等 (_____)

【受診時】

バイタル (KT _____ °C SPO2 _____ %)

【検査】

・ COVID抗原 (_____) ・ 院内 COVID-PCR (_____) ・ インフル (_____)