かぜ症状の患者様用問診票 令和 年 月 日 現在の体温 _____℃

フリガナ

氏名 _____ 同居家族： あり なし

住所 〒 _____

(携帯) _____ 自宅 _____

【職業などについて】該当するものを○で囲んでください(複数回答可)

職業：なし・会社員・公務員・自営業・パート・アルバイト・学生

職種：接客業・学校関係者・病院関係者・保育士

【発熱期間】

なし・あり 月 日 ~ 月 日 (最も高かった体温 _____℃)

【自覚症状】 ○で囲んでください

なし・頭痛・咽頭痛・咳・痰がらみ・息苦しさ・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢

強いだるさ・倦怠感・においや味がわからない

【基礎疾患がありますか?】 ○で囲んでください

なし・高血圧・糖尿病・高脂血症・肝機能異常・腎機能異常・心血管疾患・がん
喫煙歴・ぜんそく

【服薬中の薬はありますか?】 ○で囲んでください

いいえ・はい (薬品名: _____)

【女性の方は妊娠中・授乳中ですか?】 ○で囲んでください

妊娠：いいえ・はい・可能性あり 授乳：いいえ・はい (お子さんの年齢 _____ヶ月)

【新型コロナウイルスに感染したことはありますか?】 ○で囲んでください

いいえ・はい (最後の感染はいつですか? _____年 _____月頃)

【新型コロナワクチンは接種しましたか?】 ○で囲んでください

いいえ・はい (最終接種日 _____年 _____月頃)

【インフルエンザワクチンは接種しましたか?】 ○で囲んでください

いいえ・はい (最終接種日 _____年 _____月頃)

【最近 10 日間の行動】 該当するものを○で囲んでください(複数回答可)

外食・宴会・ライブ・イベントやカラオケ等の利用 _____ 日? : _____ / _____)

旅行・出張など (場所: _____ いつからいつまで? : _____ ~ _____)

【周囲でコロナ・インフルエンザ感染者はいますか?】 ○で囲んでください

家族・同僚・友人: (コロナ・インフル) _____ 日? 陽性とわかりましたか? : _____ / _____)

【コロナ抗原キットで検査しましたか?】 ○で囲んでください

いいえ・はい 最終検査日: _____ / _____ 結果: 陰性・陽性 (2本線)

(クリニック使用欄: _____ 発症日: _____ 解除日: _____ SPO₂ _____ %)