

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（〒 \_\_\_\_\_ ）

（スマホ・ガラケー） \_\_\_\_\_ 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)

通学（学校名： \_\_\_\_\_ 場所： \_\_\_\_\_ ）：徒歩・自転車・電車・バス

職業：なし・会社員・公務員・自営業・パート・アルバイト・その他（ \_\_\_\_\_ ）

（勤務先名： \_\_\_\_\_ 場所： \_\_\_\_\_ ）：徒歩・自転車・電車・バス・自家用車

【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・咳・痰がらみ・息苦しさ(ぜいぜい)・咽頭痛・鼻汁・下痢・嘔吐・頭痛

強いだるさ(お子様の場合は元気がない)・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・肥満(BMI 25以上の方は、身長 \_\_\_\_\_ cm、体重 \_\_\_\_\_ kg)

【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: \_\_\_\_\_ )

【女性の方は妊娠中ですか?】 ○で囲んでください

いいえ・はい

【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(1回目 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、2回目 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

【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 接種回数 \_\_\_\_\_ 回

直近の接種日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月(ファイザー・モデルナ・ノババックス・不明)

【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(接種日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

【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・宴会など(場所: \_\_\_\_\_ 店名: \_\_\_\_\_ いつ: / )

コンサート等イベントやカラオケ等の利用(場所: \_\_\_\_\_ いつ: / )

旅行など(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・その他: \_\_\_\_\_ いつ陽性と言われましたか?: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

【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)

(鼻用・唾液用)(医療・研究・一般)

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