

発熱外来用問診票

氏名 _____ 住所 〒 _____
携帯番号 _____
自家用車 車名 _____ ナンバー(4桁数字のみ) _____

1.以下の症状で該当するものにチェックしてください。

- 発熱(37.5℃以上) _____月 _____日から _____日間、最高体温 _____℃
熱がでるので解熱剤で対応している _____月 _____日から _____日間
のどが痛い のどが痛くて食事があまり食べられない 鼻水が出る せきが出る 痰がでる
息苦しい 体がだるい 耳が痛い
臭いが全くわからない(_____日前から) 臭いがわかりにくい(_____日前から)
味が全くわからない (_____日前から) 味がわかりにくい (_____日前から)

2.新型コロナウイルスに感染した方、インフルエンザに感染した方、あるいは強く咳き込んでいる方と濃厚接触がありましたか、あった場合はどのような状況でしたか。

- なし 新型コロナウイルス感染者と接触あり インフルエンザ感染者と接触あり
感染者と同じ職場・学校 同居、車内や航空機内等で、2メートル以内での長い時間の会話
个人防护具なしで看護・介護をしていた。 感染が疑われる者の気道分泌物、体液等に直接接触した。

3.今回の症状がでる前の2週間以内に本人または家族が県外や県内の移動、海外旅行に行きましたか？

- なし あり 県、市名 (_____) 外国:国名(_____)

4.最近、大勢が集まる会食、イベント、会議、ライブ、劇、スポーツクラブ、介護施設、老人ホームなどの施設あるいはイベントに行きましたか？

- なし あり(イベント名・場所など _____)

5.学校・職場などで流行っている病気が有りますか。 なし あり

- 溶連菌感染症 マイコプラズマ アデノウイルス感染症 その他(_____)

6.今まで飲んで合わなかった薬(発疹が出た、下痢したなど)が有りますか。

- なし あり(薬剤名 _____ 症状 _____)

7.現在治療中の病気が有りますか。 なし あり

- 糖尿病 心臓 呼吸器 腎臓 免疫抑制治療 がん(抗がん剤治療)
その他 具体的に(_____)

8.女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか、授乳中ですか。

- なし 妊娠中(或いは可能性あり) 授乳中