

発熱、呼吸器症状に対する 問診票

※オレンジの部分は必須 電話番号は2カ所記入

ふりがな		性別	大正・昭和・平成・令和
氏名		男・女	年 月 日生 ()歳
住所 (施設名)	〒 — —		
携帯電話	— —	家族連絡先	— — 続柄:
固定電話	無・有→ — —	勤務先 <small>(会社名・学校名)</small>	無・有→

該当する項目があればチェック(☑)し、必要事項をご記入ください。

1) ご自身の症状が該当する場合はチェック☑してください。	P: Spo2: %									
<p>症状が発生した日: 月 日 (日目)</p> <p><input type="checkbox"/> 現在の熱 °C</p> <p><input type="checkbox"/> 発熱 MAX °C (/)</p> <p><input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> だるい(倦怠感) <input type="checkbox"/> 下痢症状</p> <p><input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 臭覚・味覚障害 <input type="checkbox"/> 腹痛</p> <p><input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>※抗原キット検査を行いましたか。 ⇒ 抗原検査キット(未・済)(インフル・コロナ)</p> <p style="text-align: center;">実施日 月 日 (陽性・陰性)</p>										
2) 今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？										
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 年 月 日 から にかかっている。										
※新型コロナワクチン接種はお済みですか？→接種日が分からない場合は、日付の横の不明に○を 未 済 ⇒ () 回目 不明										
3) 周りに感冒症状・新型コロナ感染症の方がいますか？										
<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid blue; border-right: 1px solid blue; padding: 0 5px;">→</td> <td><input type="checkbox"/> 感冒</td> <td>(家族 ・ 職場 ・ 学校 ・ 知人)</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid blue; border-right: 1px solid blue; padding: 0 5px;">→</td> <td><input type="checkbox"/> インフルエンザ</td> <td>(家族 ・ 職場 ・ 学校 ・ 知人)</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid blue; border-right: 1px solid blue; padding: 0 5px;">→</td> <td><input type="checkbox"/> 新型コロナ感染症</td> <td>(家族 ・ 職場 ・ 学校 ・ 知人)</td> </tr> </table>		→	<input type="checkbox"/> 感冒	(家族 ・ 職場 ・ 学校 ・ 知人)	→	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	(家族 ・ 職場 ・ 学校 ・ 知人)	→	<input type="checkbox"/> 新型コロナ感染症	(家族 ・ 職場 ・ 学校 ・ 知人)
→	<input type="checkbox"/> 感冒	(家族 ・ 職場 ・ 学校 ・ 知人)								
→	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	(家族 ・ 職場 ・ 学校 ・ 知人)								
→	<input type="checkbox"/> 新型コロナ感染症	(家族 ・ 職場 ・ 学校 ・ 知人)								
新型コロナ検査 インフルエンザ検査	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 医師と相談									

※ 裏面もご記入ください。⇒⇒

