

内科 問診票 咳・発熱用

マスク着用：あり・なし

フリガナ		男	住所	〒
氏名		女		
生年月日	年 月 日 (歳)			TEL： 携帯：

・1か月以内の渡航歴 あり (国名)・なし

・海外滞在者との接触 あり (いつですか?)・なし

・新型コロナウイルス感染者との接触 あり (いつですか?)・なし

・新型コロナウイルスの検査を受けた方との接触 (陰性の方を含む) あり (いつですか?)・なし

[ご本人・ご家族について]

・職業 () ・在宅ワーク あり (いつから)・なし

・同居者 () ・家族の通勤状況 在宅 (いつから)・通勤

・新型コロナウイルスワクチン接種を受けて2週間以上経っている はい ・ いいえ

・最後に受けた新型コロナウイルスワクチンの日付はいつですか?何回目の接種ですか?

(年 月 日) (1・2・3回目)

[本日の症状について]

どんな症状がありますか? それはいつからですか?

.....

.....

.....

・本日の体温 (°C) ・発熱はいつからですか? ()

・下記の症状がありましたら○をしてください。

味覚の異常 嗅覚の異常 体のだるさ 息切れ

【その他】 ・薬のアレルギー あり (薬の名前)・なし

・治療中の病気 あり (病名)・なし

・現在服用中の薬 ()

・いままで入院・手術を受けたことがありますか? あり・なし

・喫煙されていますか? はい・いいえ

(女性の方へ) 妊娠中・またはその可能性はありますか? あり・なし

最終月経 月 日 授乳中ですか? あり・なし

【医師・看護師・職員測定 SpO2 (%)・血圧(/ mmHg)・呼吸数(回/分)】