

問診票

問診日 _____, _____, _____

問診看護師 _____

氏名: _____ 生年月日: _____

携帯電話番号: _____

来院時体温 _____ °C

1 症状で該当するものにチェックして下さい(複数可)

- 発熱 → _____ 日から _____ 日間 最高体温 _____ °C
- 熱がでるので解熱剤や風邪薬を飲んでいる - _____ 日から _____ 日間
- せきが出る 身体がだるい 頭痛 嘔吐・吐き気 下痢 味覚・嗅覚障害
- のどの痛み 息苦しい(SpO2: _____ %) 鼻水 痰が出る
- 上記症状で受診はしましたか いいえ

はい → (当院 他院受診日 _____ / _____)

2 新型コロナウイルスに感染した方、あるいは疑いのある方(体調不良の方)と濃厚接触はありましたか

なし あり → (誰が _____ 陽性日 _____ / _____)

3 今回の症状がでる前の2週間以内に旅行や出張などに行きましたか

国内 なし あり 海外 なし あり

(都道府県名: _____) (国名: _____)

4 最近人が集まる場所に行きましたか(外食・居酒屋・商業施設・ライブ・スポーツクラブ・デイサービス等)

なし あり → (_____)

5 治療中の病気はありますか

- 特になし がん 呼吸器疾患 腎臓病 心疾患 脳血管疾患 喫煙
- 高血圧 糖尿病 高脂血症 免疫抑制治療 抗がん剤 その他(_____)

6 新型コロナワクチンは接種しましたか

- 接種していない 接種済み
- 接種回数 _____ 回
- 最終接種日 20____ / ____ / ____ (ファイザー・モデルナ・武田)

7 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

なし あり

8 身長 _____ cm 体重 _____ kg 9 ご職業 (_____)

ご協力いただきありがとうございました。ご案内致しますのでしばらくお待ち下さい。

以下病院職員記入欄 リモート診療 (患者様説明 未 済)

2022.11.22改訂