発熱外来・当日受診患者　問診票

問診日： 令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　本日の体温：

当院ID：　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：　男 ・ 女

生年月日：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話No：

|  |  |
| --- | --- |
| 質　　　問 | 回　　　答 |
| 右の項目で２週間以内の症状について、あてはまるものに☑をつけてください | □ 発熱　　□ のどの痛み　　□ 咳　　□ 鼻水　　　□ 腹痛　　□ 息苦しさ　　□ 強いだるさ　　□ 嘔吐　　□ 下痢　　□ 味や匂いがわかりにくい　　□ 筋肉痛□ 関節痛　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２週間以内に新型コロナウイルス検査が陽性だった方（もしくは検査中の方）との接触がありましたか | はい | いいえ | 「はい」⇒家族　　職場の人　　学校　　友人　　その他（　　　　　　　　　） |
| ２週間以内に海外・国内の流行地域へ行かれましたか | はい | いいえ | 場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　期間：　　　　　　　～　　　　　　　　　 |
| ２週間以内に咳や熱などがある方との接触がありましたか | はい | いいえ |  |
| ２週間以内に多く人が集まる場所への訪問や複数人での会食などをしましたか | はい | いいえ | 状況： |
| 新型コロナワクチンを接種しましたか | はい | いいえ | １回目：R　　年　　月　　日２回目：R　　年　　月　　日３回目：R　　年　　月　　日　予定 |
| ご自分と同様の症状の人が家族内・職場内・学校内等にいますか | はい | いいえ | 家庭内　　　職場内　　　学校内その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 風邪薬・解熱鎮痛剤の服用がありますか | はい | いいえ |  |
| 自家用車（色/車種/ナンバー）※発熱外来受診時、車内でお待ちいただく場合があります | 色 ：　　　　　　　車種：　　　　　　　　　　 NO：　　　 　- |

受診する診療科によっては、本日診療をせずお薬の処方とさせていただき、症状が落ち着いてから

受診をお願いすることもございます。院内感染対策のためご協力をお願いいたします。

令和４年４月　　栗原市立栗原中央病院