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