

患者ID

発熱者用問診票

フリガナ

氏名 _____ 様 _____ 歳 _____ 性別 _____ 男 _____ 女 _____ その他 _____ 体温 _____ °C

症状をご記入ください

●以下の症状はありますか

発熱（最高 _____ °Cまで発熱） 咳 鼻水 痰 のどの痛み 息苦しさ
嗅覚・味覚異常 下痢 吐き気 腹痛 頭痛 関節痛 倦怠感

●その他にどのような症状がありますか

●症状はいつからですか

●1ヶ月以内に市外、県外への移動をしましたか、また、移動した人と会いましたか

なし あり 場所 [_____] 時期 [_____]

●周りに発熱や同様の症状の人はいますか

なし あり 家族 _____ 職場 _____ 友人 _____ その他 [_____]

●家族や職場などで新型コロナウイルス陽性者との接触歴はありますか

なし あり

●今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックしてください

高血圧 糖尿病 肝臓病 心臓病 喘息 脳卒中 結核 緑内障 前立腺肥大症
がん [_____] 何かの手術 [_____] その他 [_____]

新型コロナウイルス感染症（ _____ 月 _____ 日 陽性）

●現在服用中の薬はありますか

なし あり [薬品名 _____]
薬手帳持参

●薬や食品でじんましんなどのアレルギー症状が出たことはありますか

なし あり [_____]

たばこ 吸わない 吸う [_____ 本/日] 昔吸っていた [_____ 年前まで _____ 本/日]
酒 飲まない 飲む [1日に何をどれくらい _____]

●女性にお聞きます。現在妊娠の可能性はありますか

なし あり

●コロナウイルスのワクチン接種はお済みですか

打っていない 打った _____ 月 _____ 日に _____ 回目終了

看護師使用欄

VS BP: _____ P: _____ BT: _____ SpO2: _____

COVID検査希望 **あり**

なし

ひたち医療センター