

※感染防御具が不足しています。スタッフの感染予防のため、接触を伴う診察（触診や聴診など）を省略します。あらかじめ御了承ください。

成人発熱 問診票（202212版）

受診年月日：_____年____月____日

ID: _____ 氏名： _____

身長：_____cm 体重：_____kg 連絡がつく電話番号： _____

Q.新型コロナウイルスのワクチン接種を受けましたか？

※接種日が分かる場合は年号から記載して下さい

はい → (いつですか？1回目 2回目 3回目 4回目 5回目) いいえ

Q.いつからの発熱で、体温は最高何度でしたか？

_____からの発熱で、最高_____度 (いつ?) 発熱なし

Q.いまの症状にチェック☑をつけてください。

(発熱以外の症状はいつからですか？ _____)

全身 倦怠感 ガタガタ震えるような寒気(さむけ) 水分がとれない 食欲不振

頭頸部 頭痛 味やにおいがわからない 鼻水・鼻づまり のどが痛い つばが飲みづらい

耳が痛い 歯・歯ぐきが痛い

胸部 せき たん 胸が痛い・重い 歩行やトイレなどで息が苦しい ⇒ CT検査を検討します

腹部 腹痛(ずっと / ときどきグーッと) はきけ、嘔吐 下痢 排尿時痛 背中が痛い

手足 関節が痛い(肩 / ひじ / 手首 / 股関節・おしり / ひざ / 足首)

Q.妊娠の可能性はありますか？

いいえ 妊娠中です(妊娠第_____週) レントゲンやCT検査に際して、妊娠検査を希望します

Q.コロナウイルス感染者と接触(同居・面会・会食など)はありますか？

はい いいえ

※「はい」の場合詳細⇒

Q.インフルエンザ感染者と接触(同居・面会・会食など)はありますか？

はい いいえ

※「はい」の場合詳細⇒

Q.ふだん喫煙しますか？

はい → (_____本/日 × _____年) いいえ

Q.アレルギーはありますか？

はい → (何アレルギーですか?) いいえ

Q.職種、会社名、学校名を教えてください。

[会社名/学校名: _____] [職種: _____]

Q.これまでにかかったことのある病気、治療中・通院中の病気を教えてください。

糖尿病 高血圧 呼吸器疾患(ぜんそく、肺気腫、COPDなど)

心臓疾患(狭心症・心筋梗塞、不整脈、心不全など) 慢性腎臓病(透析など)

膠原病(関節リウマチなど) がん その他 [_____]

→ふだんの薬の名前 [_____]

免疫抑制剤を使用している

くすり手帳をもっている →スタッフに提出してください わからない

★里帰り出産や、帰省などで京都府に滞在されている方は滞在中の住所を以下に記載して下さい。

【〒 _____】【住所: _____】

※当院記載欄 コミュニケーション 可 不可

SpO2: _____% PR: _____/分 BT: _____℃

届出対象要項 (65歳以上 入院検討 重症化リスクあり 妊婦)

問診担当看護師サイン: _____