

新型コロナウイルス感染症に関する外来問診票

記入後は受診する診療科の受付に提出してください。

| | |
|---------------|-------------|
| 受診 来た ⇒ 氏名： | 生年月日： 年 月 日 |
| 付き添い ⇒ 氏名： | (患者氏名：) |
| 代理受診 来た ⇒ 氏名： | (続 柄：) |

本日受診予定の診療科全てに☑をしてください

| | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> リウマチ科 | <input type="checkbox"/> 消・血・膠内科 | <input type="checkbox"/> 脳神経内科 | <input type="checkbox"/> 外科 |
| <input type="checkbox"/> 循・呼・腎内科 | <input type="checkbox"/> 内・糖・代内科 | <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 産科婦人科 | <input type="checkbox"/> 小児科 |
| <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 形成外科 |
| <input type="checkbox"/> 精神科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 人工透析 | <input type="checkbox"/> リハビリ | <input type="checkbox"/> CT・MRI |
| <input type="checkbox"/> 内視鏡 | <input type="checkbox"/> 健診センター | <input type="checkbox"/> その他() | | |

【問診】ここ2週間以内のことについて教えてください。

| | |
|---|--|
| 1 急な発熱はありましたか。 | <input type="checkbox"/> いいえ |
| | <input type="checkbox"/> はい (症状がでた日： 月 日頃) |
| 2 急にでてきた症状はありますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ |
| | <input type="checkbox"/> はい (下記の項目もお答えください) |
| ▼悪化した症状も含め、全てに☑をしてください。 | |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 息苦しさ |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 痰 |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 強いだるさ(倦怠感) |
| <input type="checkbox"/> においを感じなくなった | <input type="checkbox"/> 味を感じなくなった |
| 3 県外や海外への移動はありましたか。 | <input type="checkbox"/> いいえ |
| | <input type="checkbox"/> はい [期間日： 月 日 ~ 月 日] |
| | [場 所：] |
| 4 県外や海外からの訪問者との接触はありましたか。 | <input type="checkbox"/> いいえ |
| | <input type="checkbox"/> はい (接触日： 月 日頃 / 場所：) |
| 5 複数人で長時間の飲食や飲酒を伴う会合に参加しましたか。 | <input type="checkbox"/> いいえ |
| | <input type="checkbox"/> はい |
| 6 新型コロナウイルス感染症と診断された、もしくは疑われる人との接触はありましたか。 | <input type="checkbox"/> いいえ |
| | <input type="checkbox"/> はい (接触日： 月 日頃 / 場所：) |
| 7 同居人や職場、学校など身近な人(自分を含む)の中に、新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者として自宅待機をしている方はいますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ |
| | <input type="checkbox"/> はい |
| 8 新型コロナワクチン接種を行いましたか。 | <input type="checkbox"/> いいえ |
| | <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回接種済み) |
| 9 インフルエンザについて | ①周囲で流行っていますか <input type="checkbox"/> いいえ |
| | <input type="checkbox"/> はい |
| | ②インフルエンザの予防接種を行いましたか <input type="checkbox"/> いいえ |
| | <input type="checkbox"/> はい |