発熱者等問診表 来院日　　　月　　日　　時　　分

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | | | | 性別 | | | 生年月日 | | | |
| 住所 | | | | | | | | 連絡先（電話） | | | |
| 未成年者の場合 保護者氏名 | 未成年者の場合  保護者住所 | | | | | | 未成年者の場合  保護者連絡先 | | | | 体重 |
| 所属する集団（具体的に）  （職場・学校・幼稚園・塾など） | | | | | | 周囲のコロナ感染　あり（　　　　　）、なし  周囲のその他感染　あり（　　　　　）、なし | | | | | |
| 発熱（最高体温） | | あり、なし　（　　 　℃） | | | | | | 始まった日 | | | |
| 現在（今日）の熱 | | ℃ | 発熱が続く、上がったり下がったり、高かったが解熱した | | | | | | | | |
| 咳 | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| 激しい咳 | | あり、なし | | | | | | ひどくなった日 | | | |
| 呼吸苦・呼吸困難感 | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| 鼻汁 | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| のどの痛み | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| 頭痛 | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| 倦怠感（だるさ） | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| 食欲不振 | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| 吐き気・嘔吐 | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| 腹痛 | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| 下痢 | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| 味覚の異常 | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| 嗅覚の異常 | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| 顔色不良 | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| 皮膚の変化（湿疹） | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| その他の症状  （具体的に） | | あり、なし | | | | | | 始まった日 | | | |
| 新型コロナワクチン接種歴 | | 1回、2回、3回、4回、5回、6回、なし  最終接種(　　 年　月　日)メーカー(　　 ) | | | | | | | コロナ感染歴 | なし  あり(　　 ） | |
| 2週間以内の海外渡航歴 | | あり、なし | | | | | | ありの場合　場所 | | | |
| 感染したとしたら心当たりはありますか(できるだけ具体的に) | | あり、なし | | ありの場合　場所  日時 | | | | | | | |
| 右に書いたものの中で当てはまるものはありますか。 | | 悪性腫瘍（がんや肉腫）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病、  高血圧、糖尿病、脂質異常症（コレステロール高値）、  肥満（身長　　体重　　）、喫煙（電子タバコも含む）、妊娠、  免疫抑制剤や抗がん剤内服などの免疫低下状態 | | | | | | | | | |

職員記入欄

　　　ID　　　　　　SpO2　　　％　車（No　　　　　　　）、前　裏　徒歩、その他（　　　　　　）