

【問診票】

記入日 20 年 月 日

コロナPCR（結果は翌日）、コロナ抗原（+ / -）
インフル（A/B / -） 院外処方 ・ 処方なし

体温 _____ °C、 酸素飽和度 _____ %

★新型コロナウイルスの検査に同意しますか？ 同意します 同意しません

フリガナ 氏名		性別 男 ・ 女 ・ その他 生年月日 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日（ 歳）
住所	〒 -	職業
携帯電話	() -	緊急連絡先（ ） - 氏名（ ） 続柄（ ）

① 該当する症状を全てチェックしてください

- 発熱（最高 _____ °C） 咳 呼吸困難 喉の痛み
痰 発疹 頭痛 倦怠感 鼻水 腰痛 下痢
吐き気／嘔吐 食欲不振 筋肉痛 関節痛 味覚障害（味がわからない）
嗅覚障害（匂いがわからない） その他（ _____ ）

② 症状はいつ頃からありますか？

発症日： 月 日 時頃から ・ （ ）日前から ・ （ ）週間くらい前から

【 _____ 】

③ 2週間以内に新型コロナウイルス陽性もしくはインフルエンザ陽性の方と濃厚接触がありましたか？

（ はい ・ いいえ ・ わからない ）

【 「はい」を選んだ方は、以下に該当するもの全てにチェックしてください 】

- 感染者との同居
 マスクや手袋などの個人防護具なしで、感染者の看護・介護をした
 勤務先や学校で感染者が出た

④ 下記アレルギーに該当するものがあればご記入ください

- 薬物（ _____ ）
食物（ _____ ）

【質問は裏面にもあります】

⑤ 新型コロナウイルスワクチンの接種歴についてお聞きします

接種回数 計 _____ 回 / (わからない)

最終接種日 _____ 年 月 日 / (わからない)

⑥ 現在治療中の疾患 : 無 ・ 有

悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患 高血圧 糖尿病 慢性腎臓病

糖質異常症 緑内障 前立腺疾患 肥満 (BMI 30 以上)

その他【 _____ 】

★薬手帳ご持参の方は看護師にご提示ください。または服用している薬の名前がわかれば
ご記入ください。

【 _____ 】

⑧ 喫煙について : 吸わない ・ 吸う _____ 本/日

⑨ 2週間以内に、下記に該当する機会がありましたか？

複数人での飲食 スポーツクラブや集団での運動 カラオケやライブ参加

多くの人が近距離で集まる場所への外出 マスクなしでの満員電車や乗り物

その他 (_____)

⑩ 妊娠・妊娠の可能性 : 無 ・ 有

ご記入は以上です、ありがとうございました

※PCR 検査の結果がわかるのは、翌診療日の 16 時以降です
(後ほど、「結果確認についてのご案内」をお渡しします)

職員記入欄

重症化のリスク因子となる疾患 : 表面参照

重症度 : 軽症 中等症 I 中等症 II 重症

(酸素飽和度) (96%以上) (93~96%) (93%以下)

入院の必要性 : 無 ・ 有

記入日 _____ 年 月 日

記入者 _____