

発熱/新型コロナウイルス感染症に関する問診票

受診日:令和 年 月 日
(ID:)

氏名	(保護者名)
生年月日 西暦 年 月 日	検査結果のご連絡先 TEL
来院時の体温 度	(住 所)
酸素飽和度 % ※診察室で測ります	※しばらく来院されていなかった方に書いていただくことがあります

質問 1. 以下にあてはまることがありますか？

質 問	お 答 え	
新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2週間以内に居住地外の都道府県または海外に行きましたか どこに[]	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2週間以内に発熱と咳が出てきた人と一緒にいたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2週間以内に、同居人以外との2人以上の飲食、集会・イベントへの参加などの機会がありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以下の基礎疾患(治療中の病気)などがありますか <input type="checkbox"/> はい (○をつけてください) 悪性腫瘍 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 肥満(BMI 30 以上) 喫煙歴 その他[]	<input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠(またはその可能性)はありますか (週数)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
新型コロナワクチンの接種について	直近の接種日: 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) ワクチンの種類: <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> ノババックス	
小児(15歳以下)の方 集団生活をしていますか (園、学校名)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2週間以内に園、学校(塾や部活動を含める)でコロナ陽性の人はいますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

質問 2. 以下の症状がありますか？ いつからですか？

症状	お 答 え	いつから	症状	お 答 え	いつから
発 熱	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 最高 度 続いている期間 日間		息苦しさ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
頭 痛	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		強いだるさ(倦怠感)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
咳(せき)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		臭いがわかりにくい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
痰(たん)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		味がわかりにくい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
鼻 水	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		吐き気	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
のどの痛み	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		おう吐	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			下 痢	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	