

発熱患者さん用問診票

ID: 氏名:

Q1. 発熱はいつからですか？

() 月 () 日から

Q2. 最も高い熱がでたのはいつですか？

() 月 () 日 午前・午後

・熱: 度

・はかっていない

Q3. 過去1ヶ月以内に外国へ旅行はされましたか？

・行った(いつ頃: どこに:) ・行っていない

Q4. 県以外の移動はありましたか？

・あった(いつ頃: どこに:) ・なし

Q5. カラオケ・パチンコ・居酒屋・ナイトクラブ等の人の密集する所に行きましたか？

・行った(いつ頃: どこに:) ・行っていない

Q6. 周囲に原因不明の発熱者2名以上いますか？

・あり ・なし

Q7. 過去2週間以内にインフルエンザや腸炎など感染症になっていた人と接触はありましたか？

・あり(いつ頃: だれと) ・なし

Q8. 普段マスクをしっかりと着用していますか？

・はい ・いいえ

Q9. 熱以外の症状は何がありますか？当てはまるものにチェックをしてください。

<input type="checkbox"/>	頭痛	<input type="checkbox"/>	目の充血	<input type="checkbox"/>	顔面の皮疹
<input type="checkbox"/>	口内炎	<input type="checkbox"/>	喉の痛み	<input type="checkbox"/>	飲み込みにくい
<input type="checkbox"/>	つばを飲み込むのも痛い	<input type="checkbox"/>	口が閉じにくい	<input type="checkbox"/>	首が腫れている
<input type="checkbox"/>	咳	<input type="checkbox"/>	痰	<input type="checkbox"/>	鼻水
<input type="checkbox"/>	鼻づまり	<input type="checkbox"/>	味がわからない	<input type="checkbox"/>	匂いがわからない
<input type="checkbox"/>	呼吸がしにくい	<input type="checkbox"/>	胸が痛い	<input type="checkbox"/>	腹痛
<input type="checkbox"/>	むかつき	<input type="checkbox"/>	吐く	<input type="checkbox"/>	下痢
<input type="checkbox"/>	排尿時の痛み	<input type="checkbox"/>	頻尿	<input type="checkbox"/>	尿が濁っている
<input type="checkbox"/>	手足の湿疹	<input type="checkbox"/>	体の湿疹	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	その他 ()				

Q10. 現在、治療している病気はありますか？

・ある: 病名 () ・ない

お薬 ()

Q11. 過去に入院や手術をされたことがありますか？

・ある: 病名 () ・ない

いつ頃 () 才頃

体温: °C	血圧: / mmHg	脈拍: 回/分
SPO2: %	呼吸回数: 回/分	

〈症状経過〉

〈待機場所〉

車 No:

携帯電話: