発熱者等問診表 来院日　　　月　　日　　時　　分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 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（職場・学校・幼稚園・塾など） | 周囲のコロナ感染　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回目（　月　日）、2回目（　月　日）、3回目（　月　日）、　なしメーカー（　　　）　　　　（　　　　）　　　（　　　　） |
| 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　　　　　　　）、隔離、その他（　　　　　　）

むらまつクリニック