

感染対策用患者受診問診票 太枠の中にご記入ください

記入月日 (R 年 月 日)

氏名	ふりがな ( )	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	連絡先： 自宅 ( - - ) 携帯 ( - - )
生年月日	年 月 日 ( ) 歳			
渡航歴	<input type="checkbox"/> あります：渡航先・期間 <input type="checkbox"/> ありません			
渡航者との接触歴	<input type="checkbox"/> あります いつ ( ) どこで ( ) <input type="checkbox"/> ありません			
県外への移動	<input type="checkbox"/> あります いつ ( ) どこで ( ) <input type="checkbox"/> ありません			
県外からの移動者との接触	<input type="checkbox"/> あります いつ ( ) どこで ( ) <input type="checkbox"/> ありません			
具体的な症状	発熱	<input type="checkbox"/> あります いつから ( ) 何°C ( ) <input type="checkbox"/> ありません		
	頭痛	<input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません		
	味覚障害	<input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません		
	嗅覚障害	<input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません		
	咳	<input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません		
	痰	<input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません		
	息苦しさ	<input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません		
	そのほかの症状			
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他			
アレルギー	<input type="checkbox"/> あります：(薬・食物 ) <input type="checkbox"/> ありません			
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸います <input type="checkbox"/> やめました <input type="checkbox"/> 吸ったことはありません			
来院手段	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他			