

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			
2週間以内の渡航歴	<input type="checkbox"/> あります 渡航先 () 期間 () <input type="checkbox"/> ありません			
2週間以内の渡航者との接触歴	<input type="checkbox"/> あります いつ () どこで () <input type="checkbox"/> ありません			
2週間以内の県外への移動	<input type="checkbox"/> あります いつ () どこへ () <input type="checkbox"/> ありません			
2週間以内の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			
2週間以内の濃厚接触歴	患者との濃厚接触歴		<input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません	
	濃厚接触日 () 健康観察期間 ()			
2週間以内の具体的な症状 ※1日でも該当するものがあればご記入ください	発熱	<input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません いつから () 何°C ()		
	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			
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲みます <input type="checkbox"/> やめました <input type="checkbox"/> 飲みません			
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			