

# 患者 I D

## 熱・風邪症状患者用問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 様 歳 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 男 \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C

症状をご記入ください

●以下の症状はありますか **当院では自覚症状のない患者さんの受診はできません。**

発熱（最高 \_\_\_\_\_ °Cまで発熱） 咳 鼻水 痰 のどの痛み 息苦しさ  
嗅覚・味覚異常 下痢 嘔吐 腹痛 頭痛 関節痛 倦怠感

●その他にどのような症状がありますか

●症状はいつからですか

●1ヶ月以内に市外、県外への移動をしましたか、また、移動した人と会いましたか

なし あり 場所 [ \_\_\_\_\_ ] 時期 [ \_\_\_\_\_ ]

●周りに発熱や同様の症状の人はいますか

なし あり 家族 \_\_\_\_\_ 職場 \_\_\_\_\_ 友人 \_\_\_\_\_ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

●2週間以内に家族や職場などで新型コロナウイルス陽性者との接触歴はありますか

なし あり

●今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックしてください

高血圧 糖尿病 肝臓病 心臓病 喘息 脳卒中 結核 緑内障 前立腺肥大症  
がん [ \_\_\_\_\_ ] 何かの手術 [ \_\_\_\_\_ ] その他 [ \_\_\_\_\_ ]  
新型コロナウイルス感染症（令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 陽性）

●現在服用中の薬はありますか

なし あり [薬品名 \_\_\_\_\_ ]  
薬手帳持参

●薬や食品でじんましんなどのアレルギー症状が出たことはありますか

なし あり [ \_\_\_\_\_ ]  
たばこ 吸わない 吸う [ \_\_\_\_\_ 本/日 ] 昔吸っていた [ \_\_\_\_\_ 年前まで \_\_\_\_\_ 本/日 ]  
酒 飲まない 飲む [1日に何をどれくらい \_\_\_\_\_ ]

●女性にお聞きます。現在妊娠の可能性はありますか

なし あり 妊娠中(妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月)

●コロナウイルスのワクチン接種はお済みですか

打っていない 打った 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ 回目終了

●身長・体重を教えてください

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

**当院では症状のある方に対して Covid-19PCR 検査の実施を行わせていただきます。**

職員使用欄 VS BP:

P:

BT:

SpO2: