

年 月 日

発熱等問診票



フリガナ

あなたの名前 男・女 (才) 【大・昭・平・令】 年 月 日生

住所

(北名古屋市・清須市・豊山町)

携帯電話 () - ・ 持っていない

① 現在の体温 (°C) SPO2 (%) P (回/分)

② 症状はいつからありましたか？

いつ 月 日 () : 頃から

どのような症状がありますか？該当する項目に○を付けてください

発熱 (最高 °C 月 日 時)

咳 ・ のどの痛み ・ 息が苦しい ・ 全身倦怠感 ・ 関節が痛い ・ 頭痛

腹痛 ・ 嘔気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 目が赤い ・ 臭覚異常 ・ 味覚障害

そのほかの症状 ()

③ 症状が出てから解熱鎮痛剤・風邪薬などを服用されましたか？

いいえ ・ はい (月 日 時頃 : 薬の名前)

④ 症状が出てからマスクは着用されていきましたか？

いいえ ・ はい (常にしていた ・ 自宅ではしていなかった → 同居人 : あり ・ なし)

症状が出てからの外出はされましたか？

いいえ ・ はい (買い物程度のみ ・ 仕事 ())

⑤ 家族・職場・友人で同じような症状の方がみえますか？

いいえ ・ はい (いつ頃 月 日 : 家族 ・ 職場 ・ 友人)

→ 症状 : ()

⑥ 2週間以内に海外へ行った、または渡航歴のある方と接触はされていませんか？

いいえ ・ はい (月 日 国名 :)

2週間以内に県外へ行った、または県外の方と接触はされていませんか？

いいえ ・ はい (月 日 県名 :)

2週間以内に家族・職場・友人で新型コロナに感染した人がいましたか？

いいえ ・ はい (いつ頃 月 日 : 家族 ・ 職場 ・ 友人)

⑥ 持病はありますか？

なし

あり : 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓の病気 ・ 腎臓の病気 ・ 透析している

慢性閉塞性肺疾患 (COPD) ・ 喘息 ・ 脂質異常症 ・ 悪性腫瘍

その他 ()

タバコ (吸わない ・ 吸う → 1日 本)

女性の方は、こちらもご記入ください。

今、妊娠していますか？ (している ・ しているかもしれない ・ していない)