

年 月 日

# 発熱等問診票



待機場所 ( 車：プレハブ裏・病院前・第2、 プレハブ： A・B・C )

保険証確認

SPO2 ( % )

フリガナ

あなたの名前 男・女 ( 才 ) 年 月 日生

住所

(北名古屋市・清須市・豊山町) ・変更なし

携帯電話 ( ) - ・ 持っていない

1. 現在の体温 ( / : 家 ・ 玄関 °C)

2. いつからどのような症状がありますか？

いつ 月 日 ( ) 頃から

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

その他 ( )

3. まわりに新型コロナのがみえますか？ ( コロナの方との接触歴はありますか？ )

いいえ

はい ( いつ頃 月 日 : 家族 ・ 職場 ・ 友人 )

4. 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 ( )

5. アレルギーはありますか？

なし ・ あり (薬・ 食べ物 その他 )

6. 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 )