

問診票

* もれのないよう、記入してください

ID :

フリガナ				性別	年齢	看護師記入欄 体温： 血圧： / 脈拍： SpO2： 身長： 体重： 駐車券：
氏名				男・女	歳	
生年月日	S・H	年	月	日	職業 仕事内容	
住所	〒 -					
携帯電話				自宅 電話		
緊急 連絡先	氏名		続柄		電話	

1. 最初に体調が悪く感じたのはいつですか？ (月 日) 頃

2. 10日以内に**37℃を超える発熱**がありましたか？

ない ・ 不明 ・ あり (月 日 ~ 月 日、最高 _____ °C)

3. 以下の症状があれば**○を付けて**、いつ頃からか**日付を記入**してください

咳	/	咽頭痛	/	味覚・嗅覚障害	/
痰	/	倦怠感	/	吐気・嘔吐	/
息苦しさ	/	頭痛	/	下痢	/
その他の症状					

4. **最近 10 日以内**の行動について、該当する場合は○をつけて、日付等を記入してください。

() 県内外へ旅行・出張等で移動した (月 日 場所:)

() 県外居住の方又は県内外へ旅行出張等した方と接触した (月 日:)

() 同居家族以外の方とマスクなしで接触した (月 日 人数:) 人

5. 過去や現在治療中の病気、体の状態で当てはまるものは (○) をしてください。

糖尿病	慢性腎臓病	呼吸器疾患 (喘息、肺気腫、COPD など)
高血圧	透析中	
悪性腫瘍	抗がん剤 使用中	心臓疾患 (狭心症、心筋梗塞、不整脈、心不全等)
妊娠中	免疫不全又は 免疫抑制剤使用中	
授乳中	HIV	移植手術 (臓器、骨髄等)

6. 現在、病院からお薬を処方されている方は、ご記入ください（お薬手帳提出でも可）

- ある
ない
当院処方のみ

*当院処方のみの方は、記入不要です

7. 食べ物・お薬でアレルギーがある方は、ご記入ください

- ある
ない

8. タバコについて教えてください。

- () 現在タバコを吸っている・・・(歳)～(歳) 1日(本)
() 過去にタバコを吸っていた・・・(歳)～(歳) 1日(本)
() タバコを吸ったことはない

9. 現在、同居している方がいらっしゃいますか？

- () いない（独居）
() いる（ご自分以外 _____ 名）と同居

10. 最近 10 日以内に、同居者や職場等、普段よく接触される方で、以下に該当する方は
いらっしゃいますか？

①のどの痛み、発熱、咳、倦怠感、頭痛、関節痛等の呼吸器症状

- () いる
() いない

②新型コロナウイルス患者（検査で陽性となった方）

- () いる
() いない

③新型コロナウイルス患者の濃厚接触者

- () いる
() いない

11. **新型コロナウイルスワクチン**の接種歴がありますか？

- () ある・・・() 回接種

直近の接種日・・・20 年 月 日 ファイザー・モデルナ・()

- () ない