

発熱・感染外来 問診票 (月 日)

あなたが新型コロナウイルス感染陽性であった場合、感染症法第12条に基づいて必要なデータを新型コロナウイルス感染者等把握・管理情報システム (HER-SYS) に登録させていただくことをご了承ください。

スタッフが記載します

ID		体温	°C	SpO2	%
実施検査	<input type="checkbox"/> 抗原	<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> 未実施	結果	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性

基本情報を正しく記載下さい (受診者が記載)

ふりがな		性別	生年月日 (西暦で)	年齢
氏名		男・女	年 月 日	歳
(保護者氏名)		身長	cm, 体重	kg
住所	〒 -			
電話番号	(携帯電話)	職業		
車で来院の方	車種	ナンバー(4桁)		

以下の質問にお答え下さい (受診者が記載)

症状	1	発熱はありますか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> はい (日前から (最高 °C))
	2	下記 (3) の症状が最初に出たのはいつですか?	月 日, あるいは 日前から	
	3	現在ある症状にチェック (レ) をしてください		
接触	4	家族内に感染者・濃厚接触者はいますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()
	5	最近会った人で感染者はいますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()
	6	(5) の人と最後に会ったのは?	月 日, あるいは 日前	
ワクチン	8	現在治療中の病気はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他 ()
	9	現在、内服中のお薬は? (お薬手帳を提示ください)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ()
	10	喫煙歴はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (1日 本 x 年)
	11	女性の方、妊娠/授乳中ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中)
12	最後の新型コロナワクチンの接種は?	<input type="checkbox"/> 未接種	<input type="checkbox"/> ____回目 202____年 月 日 ファイザー, モデルナ	