

# 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(ここには何も記載しないでください)

ID	体温	℃	SpO2	%
COVID-19	<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 <input type="checkbox"/> 検査確認	
Flu	<input type="checkbox"/> 抗原 <input type="checkbox"/> 未実施	結果	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> A陽性 <input type="checkbox"/> B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 ℃))
	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	
基礎疾患等	4	1週間以内にコロナに感染した人との接触がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい だれ? ( )
	5	過去に新型コロナウイルスに感染したことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ頃? ( )
	6	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( )
	7	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 ( )
ワクチン	8	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)
	9	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 )
	10	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
	11	インフルエンザワクチン接種は？	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種