

【発熱外来問診票】

COVID定性検査	インフルエンザ定性検査

患者氏名： \_\_\_\_\_ 保護者氏名（未成年の場合） \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_ 携帯電話番号： \_\_\_\_\_

車種 \_\_\_\_\_ 色 \_\_\_\_\_ ナンバー \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 職業 \_\_\_\_\_

本日の体温（ \_\_\_\_\_ 度） SPO2（ \_\_\_\_\_ %） SPO2は病院職員が記入

1. 一週間以内の行動歴であてはまるものに○をしてください

- ・入院 ・通院 ・デイサービス ・イベント参加（コンサート等） ・同居家族以外との会食 ・カラオケ等
- ・長野県以外への往来 地域（ \_\_\_\_\_ ）

2. あてはまる症状に○をしてください

症状発生日（ \_\_\_\_\_ ） ※症状がある場合

- ・呼吸困難 ・発熱 ・悪寒 ・倦怠感 ・食事量低下 ・頭痛 ・鼻汁 ・鼻閉 ・咽頭痛 ・咳 ・痰 ・腹痛
- ・嘔気嘔吐 ・下痢 ・頻尿 ・排尿時痛 ・残尿感 ・関節痛 ・筋肉痛 ・皮疹 ・味覚症状 ・嗅覚症状
- ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

3. 同居の方に○をしてください

- ・配偶者 ・子 ・母 ・父 ・祖父 ・祖母 ・孫 ・兄弟姉妹 ・パートナー ・一人暮らし
- ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

4. 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触（※）、インフルエンザ陽性者との接触はありましたか？

※感染者と同居している場合、1m以内でマスク無しで15分以上対面、車内等で長時間接触、ツバやくしゃみに触れた場合など

COVID-19 あり \_\_\_\_\_ なし

インフルエンザ あり \_\_\_\_\_ なし

5. 新型コロナワクチン接種歴

新型コロナウイルスワクチン接種回数： \_\_\_\_\_ 回 ※無しの場合は0回と記入してください。

直近の新型コロナウイルスワクチン接種年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

直近のワクチン： ・ファイザー ・モデルナ ・アストラゼネカ ・ノババックス ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

6. 重症化のリスクとなる既往について当てはまる項目に○をしてください

- ・治療中の悪性腫瘍（がん・癌） ・慢性呼吸器疾患（COPD、喘息等）
- ・慢性腎臓病・腎不全 ・心血管疾患（狭心症、心筋梗塞等） ・脳血管疾患（脳梗塞等）
- ・現在、喫煙している（タバコを吸っている） ・高血圧 ・糖尿病 ・脂質異常症
- ・臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤、HIV感染症等による免疫機能の低下 ・妊娠している \_\_\_\_\_ 週目
- ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

7. 定期的に飲んでいる薬について当てはまる項目に○をしてください

定期的に飲んでいる薬： ・あり ・なし

上記が「あり」の場合で、当院以外の医療機関から出ている薬の有無： ・あり ・なし

当院以外から出ている薬がある場合、飲んでいる薬が分かるもの（お薬手帳等）を御呈示ください。