## 感染症対策患者問診票 2022.9.26 改訂 (第5版)

コロナから皆様をお守りするために必要です。どうぞご協力お願いします。

|  | 記入日年月日記人  |
|--|---|
| ふりがな   | 性別 口 男 口 女  |
| 患者様氏名  | 生年月日 年 月 日  |
| 発熱状況 本日の体  | 温 ( )   |
| ◎ 37.0度以上ある方 → 発熱時期 ( / )  |   |
|  | ◎ 解熱剤の使用 □ あり □ なし  |
| コロナワクチン接種歴 □ 接種未   | □ 接種済   |
|  | 接種回数(    回)   |
| 直近の接種年月日( / / / )<br>  |   |
| ご本人様について   | 受診時ご同行者様について<br>(氏名: 続柄: )  |
| <b>└</b>   |   |
| 下記に該当する症状があればチェックをお願いします。  |   |
| □ 頭痛 □ 倦怠感 □ 関節痛   | □ 頭痛 □ 倦怠感 □ 関節痛  |
| □ 喉の痛み □ 息苦しさ □ 咳  | ┃ □ 喉の痛み □ 息苦しさ □ 咳   |
| □痰 □味覚異常 □嗅覚異常 □痰 □味覚異常 □嗅覚異常  |   |
| □ 痰 □ 味覚異常 □ 嗅覚異常  | □ 痰 □ 味覚異常 □ 嗅覚異常   |
|  | □ 痰 □ 味覚異常 □ 嗅覚異常<br>ましたか。 <u>※屋内の会食・カラオケ・スナック等</u>   |
|  |   |
| 2週間以内に多人数が集まる場所へ参加しる   | ましたか。 <u>※屋内の会食・カラオケ・スナック等</u> □ はい □ いいえ   |
| 2週間以内に多人数が集まる場所へ参加しる□ はい □ いいえ   | ましたか。 <u>※屋内の会食・カラオケ・スナック等</u> □ はい □ いいえ   |
| 2週間以内に多人数が集まる場所へ参加しる □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( )   | ましたか。 <u>※屋内の会食・カラオケ・スナック等</u> □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( )  |
| 2週間以内に多人数が集まる場所へ参加しる □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( ) 場所 ( ) どなたと ( )   | ましたか。 <u>※屋内の会食・カラオケ・スナック等</u> □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( ) 場所 ( )   |
| 2週間以内に多人数が集まる場所へ参加しる □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( ) 場所 ( ) どなたと ( )   | ましたか。 <u>※屋内の会食・カラオケ・スナック等</u> □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( ) 場所 ( )   |
| 2週間以内に多人数が集まる場所へ参加しる □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( ) 場所 ( ) どなたと ( ) 同居家族など身近で発熱や咳、咽頭 □ はい □ いいえ   | ましたか。 <u>※屋内の会食・カラオケ・スナック等</u> □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( ) 場所 ( ) どなたと ( )  |
| 2週間以内に多人数が集まる場所へ参加しる □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( ) 場所 ( ) どなたと ( ) 同居家族など身近で発熱や咳、咽頭 □ はい □ いいえ   | ましたか。 <u>※屋内の会食・カラオケ・スナック等</u> □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( ) 場所 ( ) どなたと ( ) 痛などの症状がある方はおられますか。 □ はい □ いいえ                                  |
| 2 週間以内に多人数が集まる場所へ参加しる □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( ) 場所 ( ) どなたと ( ) 同居家族など身近で発熱や咳、咽頭 □ はい □ いいえ 過去に本人や家族が新型コロナウイルス感                            | ましたか。 <u>※屋内の会食・カラオケ・スナック等</u> □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( ) 場所 ( ) どなたと ( ) 痛などの症状がある方はおられますか。 □ はい □ いいえ 染症に感染または濃厚接触者になりましたか。            |
| 2週間以内に多人数が集まる場所へ参加しま   | ましたか。 <u>※屋内の会食・カラオケ・スナック等</u> □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( ) 場所 ( ) どなたと ( ) 痛などの症状がある方はおられますか。 □ はい □ いいえ 染症に感染または濃厚接触者になりましたか。 □ はい □ いいえ |
| 2週間以内に多人数が集まる場所へ参加しる □ はい □ いいえ ▼ はいの場合 → いつ ( ) 場所 ( ) どなたと ( ) 同居家族など身近で発熱や咳、咽頭 □ はい □ いいえ □ はい □ いいえ □ はい □ いいえ □ はい □ いいえ □ はい □ なん □ 家族 | したか。※屋内の会食・カラオケ・スナック等   |

\*\*\*\*\* 最後までご記入頂きありがとうございました \*\*\*\*\* 阿知須共立病院 地域連携室 TEL 0836-65-2190 / FAX 0836-65-2072