新型コロナウイルス感染症に関する問診票（予定・緊急入院、発熱外来）

院内感染委員会　2020.11.18 作成　改訂　2021.08.16　2021.10.25　2022.7.11　2022.8.9

＊簡易キット陽性・PCR センターで陽性判定が出ている方は、黄色部分のみを記載して下さい。それ以外の方は全て記載して下さい。

2022 年　　月　　日　　記載者＿＿＿＿＿＿＿＿

患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　診察券番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1.　簡易キットの実施もしくは PCR 検査をしましたか

はい（実施日　　）　　いいえ

2.　以下の症状がありますか？あてはまるものに〇をつけて下さい。

①	＊発熱	はい　いいえ （　　℃）	④	＊息苦しさ	はい　いいえ
②	＊咳 痰	はい　いいえ はい　いいえ	⑤	吐き気 嘔吐 ＊下痢	はい　いいえ はい　いいえ はい　いいえ
③	＊のどの痛み	はい　いいえ	⑦	その他の症状 （　　）	頭痛・腹痛 鼻汁・鼻閉感 関節痛 倦怠感
	コロナ陽性者と接触した（接触日：　　）（陽性判定日：　　） （友人、会社、家族、その他　　）				はい　いいえ
	重症化リスク 悪性腫瘍・慢性閉塞性肺疾患（COPD）・慢性腎臓病・高血圧・糖尿病・脂質異常症・肥満（BMI30 以上） 免疫抑制剤の内服・抗がん剤投与中・妊娠の可能性				

＊発熱（37.5 度以上）または、咳、咽頭痛、息苦しさ、下痢に 1 つでも印がある場合は発熱外来受診となる

3.　上記症状はいつからありますか？

（　　）月　（　　）日　から

身長：
体重：

コロナワクチン接種　あり・なし
（ﾜｸﾁﾝ名：ﾓﾃﾞﾙﾅ・ﾌｧｲｻﾞｰ）（　回目　最終　　）

アレルギー　あり・なし
（因子　　）

本日の交通手段　　自家用車　　徒歩　タクシー　その他（　　）

付き添い者はいますか　はい・いいえ　携帯電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先（本人以外）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

腋窩温＿＿＿＿＿℃　　血圧＿＿＿＿＿／＿＿＿＿＿　　脈拍＿＿＿＿＿回/分

SpO2＿＿＿＿＿＿％　　呼吸数＿＿＿＿＿回/分