

# 新型コロナウイルス感染疑い問診票

(記入日時: 年 月 日 時 分)

① ふりがな 名 前					性 別	
					<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
② 生年月日	S・H・R	年	月	日	歳	<input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 69歳以下
③ 住 所	〒				電 話	
					携 帯	
④ 保険者番号			記号・番号			

⑤治療中の疾患等

糖尿病      高血圧      心疾患      呼吸器疾患      透析中  
高度肥満(BMI30以上)      免疫抑制剤使用中      妊娠中  
その他:

⑥感染機会(最近1週間)	三密の状況	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	発熱者・体調不良者との接触	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑦症状が出たのはいつからか	月 日		
⑧37.5℃以上の発熱または通常より1℃以上の高体温	<input type="checkbox"/> あり(      °C )	<input type="checkbox"/> なし	
⑨味覚嗅覚異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
⑩咳・痰または強い咽頭痛	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
⑪強い倦怠感	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
⑫息切れ・呼吸困難	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
⑬その他の症状	<input type="checkbox"/> あり 症状: <input type="checkbox"/> なし		

⑭検査歴	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原検査 <input type="checkbox"/> その他 )	月 日
	<input type="checkbox"/> なし	

⑮ワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 )	<input type="checkbox"/> なし
----------	---	-----------------------------

⑯今回は処方希望されますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
----------------	-----------------------------	------------------------------

⑰上記以外	
-------	--

記入者: