

問診票(コロナウイルス確認用)

2022/2/10~

記入日： 令和 年 月 日

患者氏名： _____

*** 2週間前からの事をお聞きします。**

1	本日の体温をご記入ください	度	分
2	コロナワクチンの接種状況にあてはあるものに○をつけてください ・未接種 ・1回接種済 ・2回接種済 ・3回接種済 最後に接種した時期をご記入ください (年 月頃) ・不		
3	他の病院を受診されましたか どちらの病院ですか (いいえ	はい
4	2週間以内に37.0度以上の発熱がありましたか	いいえ	はい
5	呼吸器症状、風邪症状などがありますか <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み	いいえ	はい
6	新型コロナウイルスの陽性者・濃厚接触者ですか	いいえ	はい
7	上記4~6に当てはまる同居者がいますか	いいえ	はい
8	同居者が通う学校、保育園等が閉鎖になっていますか	いいえ	はい
9	解熱剤・鎮痛剤を服用していますか	いいえ	はい
10	デーサービスやデーケアを受けていますか どちらの施設ですか (いいえ	はい
11	4人以上の会食や人が多く集まる場所に行きましたか	いいえ	はい

* 体温37.0度以下・問診票該当なし→診察へ

*** 症状がある場合は、外来看護師へ連絡**