

かぜ症状に関する問診票

年 月 日 (体温 °C)

ID フリガナ
氏名 _____ 歳

男 ・ 女 (妊娠なし・あり：産科病医院名 _____)

職業 (_____) 担当業務 (_____)

基礎疾患等 なし・あり 病名：

医療機関名：

以下の項目にお答えください。

| | | |
|---|---|-----------|
| 1 | 症状はいつからですか | 月 日 時頃 |
| 2 | 症状出現前2週間以内に新型コロナウイルス感染症陽性の方と接触がある | いいえ ・ はい |
| 3 | 1か月以内に海外から帰国した *帰国日： 月 日 *国名： | いいえ ・ はい |
| 4 | 息苦しさ(呼吸困難)、強いだるさ(倦怠感)、高熱等の強い症状のいずれかがある | いいえ ・ はい |
| 5 | 味覚・嗅覚障害などの症状がある | いいえ ・ はい |
| 6 | 熱や咳など比較的軽い風邪の症状が続く | いいえ ・ はい |
| 7 | 重症化しやすい方(※)で、発熱や咳などの比較的軽い風邪の症状がある | いいえ ・ はい |
| 8 | 同居者・職場内に発熱あるいはせき(呼吸器症状)のある人がいる | いいえ ・ はい |
| 9 | 今回の症状で他の医療機関を受診した *医療機関名： *受診日： 月 日 | いいえ ・ はい |

(※) 高齢者、糖尿病、心不全、呼吸器疾患(COPD等)等の基礎疾患がある方や透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方

FAX (048-834-8827) または LINE ID (yama-cl8348828)

問診票のご返送をお願いします