

年 月 日

## 地域外来・検査センター 問診票

下記の必要事項をご記入の上、受付窓口にご提出ください。

過去にコロナ陽性と診断されたことはありますか（はい・いいえ） はいの場合（いつ： \_\_\_\_\_）

フリガナ :	性別	男	・	女
お名前 :	旧姓	( )		
生年月日 :	年齢	歳	(	ヶ月)
	身長:	cm	体重:	kg
住所:〒 -				職業:
携帯電話 :	-	-		
自宅電話 :	-	-		
保護者欄	氏名 :	本人との関係 ( )		
	電話番号 :	-	-	
	住所 :〒 -			
症状 (いつから: )	体温:	℃		
<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 咳以外の急性呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 肺炎像	<input type="checkbox"/> 重篤な肺炎
<input type="checkbox"/> 急性呼吸窮迫症候群	<input type="checkbox"/> 多臓器不全	<input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚障害	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 結膜炎	<input type="checkbox"/> 酸素飽和度 (室内気): %	<input type="checkbox"/> 嘔気/嘔吐	<input type="checkbox"/> 症状なし
<input type="checkbox"/> その他 ( )				
<b>感染者との濃厚接触の有無（濃厚接触の場合、口にチェックを入れて下さい。）</b>				
感染者の発症2日前以内に接触した方のうち、次の範囲に該当する方が該当します。				
<input type="checkbox"/> 感染者と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）				
<input type="checkbox"/> 適切な感染防護なしに感染患者を診察、看護もしくは介護				
<input type="checkbox"/> 感染者の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い				
<input type="checkbox"/> 手で触れることのできる距離で、必要な感染予防策なしで感染者と15分以上の接触				
<b>新型コロナウイルスワクチン接種歴</b>				
1回目 有 ( 歳 ) ・無 ・不明	2回目 有 ( 歳 ) ・無 ・不明			
ワクチンの種類/製造会社 ( / ・不明 )	ワクチンの種類/製造会社 ( / ・不明 )			
接種年月日 (令和 年 月 日・不明)	接種年月日 (令和 年 月 日・不明)			
3回目 有 ( 歳 ) ・無 ・不明	4回目 有 ( 歳 ) ・無 ・不明			
ワクチンの種類/製造会社 ( / ・不明 )	ワクチンの種類/製造会社 ( / ・不明 )			
接種年月日 (令和 年 月 日・不明)	接種年月日 (令和 年 月 日・不明)			
<b>重症化のリスク因子となる疾患等</b>				
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 肥満 (BMI30 以上)		
<input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> その他 ( )			

病院記載欄	初診年月日	:	令和	年	月	日
	診断年月日	:	令和	年	月	日
	感染したと推定される年月日	:	令和	年	月	日
	発病年月日	:	令和	年	月	日