

車 内視鏡室

小野寺記念たけなか医院 発熱用問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日 () 歳
氏 名	(男・女)	電話番号	() -
		携帯電話	- -
住所	〒 -		
現時点の居住	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 同上以外 〒 -		
職業	<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 福祉施設関係者 <input type="checkbox"/> 警察関係者 <input type="checkbox"/> 消防関係者 <input type="checkbox"/> 教師 <input type="checkbox"/> 学生		
	<input type="checkbox"/> 保育・幼稚園児 <input type="checkbox"/> 接待を伴う飲食店関係者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
勤務先・学校名等		勤務地	都道 市町 府県 村
1.症状を教えてください。	現在の体温	℃	.0

- 発熱 (最高体温 ℃ 月 日) 喉の痛み 咳 嗅覚障害 関節痛
体がだるい 嘔吐 嘔気 下痢 しびれ 息苦しさ 頭痛 味覚障害
その他 []
市販のコロナ抗原検査キット陽性

2.症状はいつからですか? (月 日 頃から)

3.過去2週間以内に渡航、出張、移動歴はありますか?

- なし あり (月 日 ~ 月 日 渡航もしくは移動先:)

4.過去2週間以内に密閉・密集・密着となる場所 または 感染が疑わしい場所に行きましたか?

- なし あり (イベント・会食・カラオケ・スポーツジム・出張・その他 [])

5.周囲に新型コロナウイルス感染症と診断された方はいますか?

- いない いる (家族 職場 その他 [])

6.食物またはお薬のアレルギーはありますか? なし あり (食品・薬剤名:)

7.治療中のご病気、又は該当する項目はありますか? なし あり (下記もご記入ください。)

- 心不全 糖尿病 認知症 抗がん剤の使用 脂質異常症 (高コレステロール血症)
高血圧 免疫抑制剤の使用 脳血管疾患 呼吸器疾患 (肺気腫等) 透析治療中
悪性腫瘍 慢性腎臓病 肥満 (BMI 30以上)
その他 ()

8.現在、服用 または 使用しているお薬はありますか?

- なし あり (当院での処方薬 その他 [])

9.現在、喫煙はしていますか? なし (これまでの喫煙歴: あり () 本/日) あり

10.【女性の方へ】妊娠中または妊娠の可能性はありますか? なし あり (ヶ月)

11.お車について 車種/メーカー () 色 () ナンバー ()

12.ワクチン接種歴 1回目 無 有 不明 2回目 無 有 不明

接種年月日 (年 月 日) 接種年月日 (年 月 日)

3回目以降の接種 ()