

問診票

2020年 月 日 時 分

お名前 _____ 続柄 _____

年齢 歳 か月 受診当日 朝の体温 _____ °C

1.下記の症状がありますか？(下記の症状にチェックをつけてください)

- 息苦しさ・息切れ 咳(痰あり・ 痰なし)
 鼻水・鼻閉 喉の痛み

2.その他の症状がありますか？(下記の症状にチェックをつけてください)

- 全身倦怠感 筋肉痛・関節痛 嘔気・嘔吐
 下痢 腹部違和感・腹痛 味覚異常・嗅覚異常
 頭痛 胸痛
 その他 ()

3.上記症状はいつからでしょうか？

症状 () () 日前～ 症状 () () 日前～

4.患者さんや付き添いの方で2週間以内に下記に当てはまることがありますか？

- 1) 家族内(同居人)に発熱、風邪症状の方がいますか？ (いる ・ いない)
 【いる】場合教えてください
 誰が() いつから ()
- 2) 新型コロナウイルス感染者との接触はありますか？ (あり ・ なし)
 【あり】の場合教えてください
 誰が() いつ ()
 どこで接触しましたか？ ()
- 3) 県外への出張・旅行はありますか？ (あり ・ なし)
 【あり】の場合一場所を教えてください
 誰が() いつ ()
 場所はどこですか()
 公共交通機関の利用はありますか？ (バス・列車・タクシー・船・飛行機)
- 4) その他、県外での施設利用はありますか？ (あり ・ なし)
 【あり】の場合教えてください
 ライブやコンサートなどの会合・集会 ()
 デパート・コンビニ・その他の店舗 ()
 レストラン・食堂・居酒屋・ホテル・旅館など ()

吉野川医療センター 患者サポート室へ提出してください