

かぜ症状の患者様用問診票

患者氏名

携帯電話番号

<発熱期間>

なし ・ 発熱 月 日～下熱 月 日 (°C～ °C)

<呼吸器の症状> ○で囲んでください

なし ・ 咳 ・ 痰がらみ ・ 息苦しさ(ぜいぜい) ・ 咽頭痛 ・ 鼻汁

<その他の症状> ○で囲んでください

なし ・ 強いだるさ(お子様の場合は元気がない) ・ 頭痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐
においや味がわからない

<基礎疾患がありますか?>

いいえ ・ はい (病名:)

<服薬中の薬はありますか?>

いいえ ・ はい (薬品名:)

<女性の方は妊娠中ですか?>

いいえ ・ はい

<新型コロナウイルス感染症相談センターへ相談しましたか?>

いいえ ・ はい

はいの方は、相談センターの指示についてお書きください(複数回答可)

① 一般診療所受診 ② 自宅待機 ③ PCR 検査予定 ④ その他 ()

<最近2週間の行動> 該当するものを○で囲んでください(複数回答可)

通勤/通学(園) ・ 交通機関の利用 ・ 海外渡航 ・ 飲食店の利用 ・
コンサート等イベントへの参加 ・ カラオケ等娯楽施設の利用

その他気になることがあればお書きください ()

<周囲で流行している感染症(インフルエンザなど)があれば教えてください>

()

<同居の家族構成を教えてください> 同居家族 人

祖父 ・ 祖母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ その他 ()

<同居の方に同じ症状の方がいますか?>

いいえ ・ はい

はいの方は、以下にお答えください

・ 新型コロナウイルス感染症相談センターへ相談しましたか いいえ ・ はい

はいの方は、相談センターの指示についてお書きください(複数回答可)

① 一般診療所受診 ② 自宅待機 ③ PCR 検査予定 ④ その他 ()