

BT: _____ °C SpO2: _____ %

車ナンバー (_____)

氏名： _____ 生年月日：T/S/H/R _____年____月____日 (_____歳)

住所： (_____) _____ 県 _____

身長： _____ cm 体重： _____ kg 連絡がつく電話番号 (_____)

※感染防御具が不足しています。スタッフの感染予防のため、場合によっては、触診を伴う診察(触診や聴診など)を省略します。あらかじめご了承ください。

Q1.症状はいつからですか？いつからの発熱で、体温は最高何度でしたか？

_____前から症状あり。_____日前からの発熱で、最高_____度(それは_____日まで)

Q2.いまの症状にチェック☑をつけてください。

(薬が欲しい場合は欲しい薬に対しての症状を○で囲んでください) 例： ☑のどが痛い

全身 倦怠感 ガタガタ震えるような寒気(さむけ) 水分がとれない

頭頸部 頭痛 味やにおいがわからない 鼻水・鼻づまり のどが痛い つばが飲みづらい
 耳が痛い 歯・歯ぐきが痛い

胸部 せき・たん 胸が痛い・重い 歩行やトイレなどで息が苦しい

腹部 腹痛(ずっと / ときどきグーッと) 吐き気・嘔吐 下痢 排尿時痛 背中が痛い

手足 関節が痛い(肩 / ひじ / 手首 / 股関節・おしり / ひざ / 足首)

その他 (_____)

Q3.PCR検査または抗原検査を希望しますか？(検査希望の場合はご希望の検査に○をつけてください)

はい (PCR検査・コロナ抗原検査・インフルエンザ抗原) いいえ 医師の判断に任せる

Q4.新型コロナウイルスワクチンは何回接種しましたか？

(_____)回目接種済 直近のコロナワクチン接種年月日(20 _____年 _____月 _____日) 未接種

Q5.妊娠の可能性はありますか？

いいえ 妊娠中です(妊娠第_____週) 妊娠の可能性あり 授乳中

Q6.コロナまたはインフルエンザウイルスの感染者と接触(同居・面会・会食など)はありますか？

はい いいえ

Q7.周り(同居者・友人・同僚など)に同じような体調不良の方はいますか？

はい → (だれですか？ _____) いいえ

Q8.ふだん喫煙しますか？

はい → (_____本/日 × _____年) いいえ

Q9.アレルギーはありますか？

はい → (何アレルギーですか？ _____) いいえ

Q10.職業を教えてください。 [_____]

Q11.これまでにかかったことのある病気、治療中・通院中の病気を教えてください。

- 糖尿病 高血圧 呼吸器疾患(喘息、肺気腫、COPDなど)
- 心臓疾患(狭心症・心筋梗塞・不整脈・心不全など) 慢性腎臓病(透析など)
- 膠原病(関節リウマチなど) がん その他 [_____]

→ 普段の薬の名前 [_____]

お薬手帳を持っている → スタッフに提出してください。 わからない

