発熱外来コロナ感染問診票【Ⅱ】基礎疾患有

氏名はできるだけ正確にご記入をお願いいたします。漢字の名前が読みにくいと入力できません。
コロナ陽性の時は法律に基づき、江戸川保健所に「発生届」を届けます。問診票には可能な限りどこでどのように感染したのか等、詳しくご記載ください。保健所の感染経路調査がスムーズになります。
持病を持っている方はできるだけ詳しく病名を記入してください。

■記入日：西暦　　年　　月　　日　■生年月日：西暦　　年　　月　　日（満　　歳）
■氏名：（　　）フリガナ（　　）■性別：男□　女□
■職業：
■勤め先又学校名：（　　）
　住所：都内の場合は区名（　　）区　　東京都以外（　　）県
■ご自宅住所：（〒　　―　　）（　　）
■携帯電話番号：（　　―　　－　　）
　どなたの携帯（ご自身□　　保護者□）　　連絡できる保護者名(　　)
　その他の連絡できる電話：固定電話など　（　　―　　－　　）
■今回どのような経過で来院されましたか？
　保健所から紹介□　　症状があり自分で□　　濃厚接触□　　家族内感染□
■濃厚接触の場合は下記に記入してください。
　1. いつ頃；　　月　　日　　2. どこで：（　　）
　3. 誰から：家族?□　友達?□　同僚?□　不明?□　　その他?（　　）
■現在、発熱有りますか?　　いいえ□　　はい□
■熱（　　.　　度）　　月　　日から発熱しています。

■症状						
	頭痛	ない□	ある□	月	日から	月　日まで
	咳、鼻水	ない□	ある□	月	日から	月　日まで
	下痢、嘔吐	ない□	ある□	月	日から	月　日まで
	倦怠感	ない□	ある□	月	日から	月　日まで
	息苦しさ	ない□	ある□	月	日から	月　日まで
	味覚障害	ない□	ある□	月	日から	月　日まで
	のどの痛み	ない□	ある□	月	日から	月　日まで
	めまい	ない□	ある□	月	日から	月　日まで
	食欲低下	ない□	ある□	月	日から	月　日まで
	呑み込みできますか	ない□	ある□	月	日から	月　日まで
	声の枯れは	ない□	ある□	月	日から	月　日まで
	その他の症状は？　（　　）					

■家族構成（保護者：父　母　祖父　祖母　　兄弟：　　人　）
　感染の時の隔離できる部屋は？　ない□　　ある□

■現在治療している病気　ない□　　ある□

病名（　　）　病名（　　）

病名（　　）　病名（　　）

■服用中の薬名：（　　）（　　）

（　　）（　　）

（　　）（　　）

（　　）（　　）

■自宅に経皮酸素測定器有りますか？　ない□　　ある□

■本日の酸素濃度測定値（　　%）

■コロナワクチン接種歴：接種回数（０．１．２．３．４）回　　例）4 回受けたら④回

ワクチンの種類：　ファイザー□　　モデルナ□　　その他（　　）

直近（最後）の新型コロナウイルスワクチン接種日：西暦　　年　　月　　日

■女性の方で現在妊娠中ですか？　　いいえ□　　はい□　（妊娠　　カ月）主治医名前：

■現在治療中の病気はありますか？　いいえ□　　はい□

糖尿病□　　慢性肺疾患（喘息、肺気腫など）□　　肥満□：身長（　　cm）体重（　　kg）

メタボリック症候群□　　肥満度数（　　）---30 以上はリスクとなります。

脂質異常症□　高血圧症□　悪性腫瘍□　慢性腎臓病□　心血管疾患□　脳血管疾患□

喘息□

喫煙歴：なし□　　ある□　（　　年間　　1 日　　本）喫煙中

現在禁煙中でも過去:（　　年間　　1 日　　本）喫煙歴あり

コロナ陽性の時はさらに詳しく質問する場合があります。ご理解の程宜しくお願いたします。

多くの質問にお答えいただき、ありがとうございます。

最後に、ご質問ありますか？

以下記入不要----------

【本日処方内容】

1.　　7.

2.　　8.

3.　　9.

4.　　10.

5.　　11.

6.　　12.

はるやま小児科