感染症関連問診票

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

当てはまる方に○をつけてください　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

１．症状

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発熱（37.5℃以上） | あり（　　℃）・なし | 息苦しさ | あり　・　なし |
| 咳 | あり　・　なし | 倦怠感 | あり　・　なし |
| 痰・鼻汁 | あり　・　なし | 味覚・嗅覚障害 | あり　・　なし |
| SpO2（room air） | ％ | 消化器症状 | あり　・　なし |

２．検査・行動歴

|  |  |
| --- | --- |
| 新型コロナウイルス検査をしていますか | 陽性　・　陰性  検査の種類：　抗原　・　PCR  検査日：　　　月　　　日 |
| 直近6ヶ月以内の海外渡航歴や４週間以内の　　国内移動・滞在歴はありますか | ある　・　ない  ※ある場合移動・滞在先：  期間：　　月　　日～　　　月　　日 |
| 同居家族以外の複数名での会食歴（直近2週間）はありますか | ある　・　ない  ※ある場合（時期：　　月　　　　日） |

３．家族・友人・職場の環境など

|  |  |
| --- | --- |
| まわりに同じ症状の方または体調の悪い方は　　　いますか | いる　・　いない  ※いる場合（関係など:　　　　　　）  症状： |

４．意識障害等があり生活情報が不明

|  |
| --- |
| あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・　なし |

星総合病院　地域医療連携センター　令和5年5月8日改訂