

感冒様症状問診表 神楽坂医院2020年度版

ふりがな	生年月日		M・T・S・H・R	年	月	日
氏名	性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢		才
職業	<input type="checkbox"/> 接待を伴う飲食業 <input type="checkbox"/> 接待を伴わない飲食業 <input type="checkbox"/> 接客業 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 子供に接する職業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員・公務員 <input type="checkbox"/> 福祉・介護等従事者 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他					詳細
住所	〒 _____					
現時点の居所	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他 〒 _____					
新宿区は	<input type="checkbox"/> 区内在住 <input type="checkbox"/> 区内在勤・在学	名称				
電話番号			携帯番号			
メールアドレス	_____@_____					
同居家族	<input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態者 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> その他： _____ ) <input type="checkbox"/> なし					

ア	下記にあてはまる症状がありますか <input type="checkbox"/> 歩いている際に強い息切れを感じる <input type="checkbox"/> 激しい胸の痛みやのどの痛み、腹痛 <input type="checkbox"/> 十分な水分がとれない(目安として、食事をしていない場合で1日1リットル未満) <input type="checkbox"/> なし
イ	最初の症状が出てから、同居所以外で会った方はいますか(友人や同僚、主治医など) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → どなたですか( _____ )
ウ	周りに新型コロナウイルス感染症と診断された方がいますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → どなたですか( _____ )
エ	症状が出る2週間前までの間に、人が集まる場所に行きましたか ※( )内に詳細を記載 <input type="checkbox"/> バー・キャバレーなどの飲食と接客がある場所( _____ ) <input type="checkbox"/> カラオケ( _____ ) <input type="checkbox"/> 居酒屋( _____ ) <input type="checkbox"/> 飲食店( _____ ) <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> どこにも行っていない
オ	ここ最近、海外渡航歴はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 国名( _____ ) 期間( _____ ~ _____ )

アレルギー等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤・食物名 _____)	
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ありの場合月齢 _____ ヶ月
喫煙の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	喫煙歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
基礎疾患の有無	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) 上記疾患の状況・処方： _____	

症状のあるものにチェック	<input type="checkbox"/> 咳・鼻水( _____ 日前から) <input type="checkbox"/> 発熱( _____ 日前から) <input type="checkbox"/> 全身倦怠感( _____ 日前から) <input type="checkbox"/> 呼吸困難( _____ 日前から) <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常( _____ 日前から) <input type="checkbox"/> 頭痛( _____ 日前から) <input type="checkbox"/> 下痢・嘔吐( _____ 日前から) <input type="checkbox"/> 咽頭痛( _____ 日前から) <input type="checkbox"/> その他の症状( _____ )
	発症年月日： _____

希望する検査	<input type="checkbox"/> コロナ検査 <input type="checkbox"/> インフルエンザ検査 <input type="checkbox"/> 希望しない	
検査結果備考 ※医院記入	体温 _____ °C SpO2 _____ % <input checked="" type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 肺炎あり <input checked="" type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 肺炎あり	
	<input type="checkbox"/> その他： _____	