

症状・行動 調査票

月 日

来院時間

発熱外来 (:)

ID: 名前: 生年月日: 年 月 日 (歳)

携帯電話 - (保護者氏名: 付きそい者続柄:)

住所: 結果返し: 電話OK ・ 対面希望

来院方法: 徒歩 ・ 電車 ・ タクシー ・ 自転車 ・ 車 (車種 ・ (色) ・ ナンバー / () ・)

他院からの紹介状 : なし ・ あり ()	既往歴
他院からの処方 : なし ・ あり ()	
解熱剤の使用 : なし ・ あり (最終使用時間: 月 日 :)	

コロナワクチン接種歴: なし ・ あり (1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日)
コロナ感染症にかかった事: なし ・ あり (年 月 日) ワクチンの種類: ファイザー ・ モデルナ
* コロナ感染症にかかった、または濃厚接触者の方は保健所指示の隔離期間をご記入ください。 本人:(月 日 ~ 月 日) 同居家族:(月 日 ~ 月 日)
コロナで陽性が確定している方は、下記□にチェックを入れ()に詳細をご記入ください。 □ 医療機関名() □ 抗原キット(唾液 / 鼻腔) □ その他(PCRセンター・薬局など) (検査場所: (唾液 / 鼻腔)) * 陽性の検査結果を証明する物はお持ちですか? なし ・ あり

学校 ・ 保育園 ・ 幼稚園 ()	父の職業と通勤手段 ()	周囲に風邪症状の人は? (なし ・ あり _____)
通園 ・ 通学手段 ()	母の職業と通勤手段 ()	同居家族 (父 ・ 母 ・ 姉 ・ 妹 ・ 兄 ・ 弟) (その他:)

* 発症日から7日間さかのぼって受診日までの経過を記入してください。

日付	症状		行動
	いつからどんな症状があったか記入してください 熱はその日一番高い熱を記入してください。		行動歴を記入してください。
/			
/			
/			
/			
症状が 出始めた日	/	°C	
	/	°C	
	/	°C	
	/	°C	
	/	°C	
	/	°C	
	/	°C	

【当日バイタル】 * 下記欄は看護師が記入します。

依頼内容: 発熱外来 ・ 保健所PCR ・ 保健所PCRと診察 ・ 自宅療養患者の診察 (陽性確定日: /)

体重: kg	体温: °C	SpO2: %
血圧: / mmHg	脈拍: 回/分	呼吸: 回/分