

症状・行動 調査票

月 日 来院時間 発熱外来 (:)

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: /)

結果返し : 対面診察希望 ・ 電話診察のみ可 (医師と電話で症状についてお話して頂き、必要な処方させていただきます)

ID: 名前: 生年月日: 年 月 日 (歳)

携帯電話 - - (保護者氏名: 付き添い者続柄:)

住所:

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 、3回目: 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事(本人): なし ・ あり (年 月 日) 隔離期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

濃厚接触者となっている場合は陽性者との関係性、保健所指示の隔離期間をご記入ください。

コロナ陽性者(感染者)との関係 : () 保健所指示の隔離期間 : (年 月 日 ~ 年 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。

* 陽性の検査結果を証明する物はお持ちですか? なし ・ あり

PCR検査陽性 (唾液 ・ 鼻腔) 抗原キット陽性 (唾液 ・ 鼻腔) その他 (病院 ・ 検査センター ・ 薬局)

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4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。
/	X	
/		
/		
/		
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。

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