

症状・行動 調査票

対応時間： 月 日 (:) 来院時間： 月 日 (:)

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して頂き、必要な処方させていただきます)
ふりがな

ID: 名前: 男 ・ 女 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 / () ・)

<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン接種歴: なし ・ あり (ファイザー ・ モデルナ ・ その他[]) 接種回数 (回) 最終接種日 (年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 新型コロナ感染症にかかった事(本人): なし ・ あり (年 月 日) <input type="checkbox"/> 新型コロナ陽性が確定している方は、陽性結果を証明する物はお持ちですか? なし ・ あり 【 <input type="checkbox"/> 抗原キット (唾液 ・ 鼻腔) インターネットでの陽性者登録 (済み ・ 未) 】 【 <input type="checkbox"/> 医療機関 (唾液 ・ 鼻腔) 発生届け提出 (済み ・ 未) 】	
<input type="checkbox"/> 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。 * 新型コロナ陽性者(感染者)との関係 : () * 保健所指示の隔離期間 : (年 月 日 ~ 年 月 日)	
学校 ・ 保育園 ・ 幼稚園 () 周囲に流行している病気はありますか? (なし ・ あり _____)	同居家族 (父 ・ 母 ・ 姉 ・ 妹 ・ 兄 ・ 弟) 既往歴(治療中または今までにかかった大きな病気) (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。
/		
/		
/		
症状が 出始めた日	°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	解熱剤使用 なし ・ 有 (最終使用: 月 日 :)
血圧: / mmHg	脈拍: 回/分	呼吸: 回/分 SpO2: %