**症状・行動　調査票**　　**事前抗原検査実施 （ 了承 ・ 不可 ）**

対応時間:　　月　　日（　　:　　）　来院時間:　　月　　日（　　:　　）

依頼内容: 発熱外来 ・ 自宅療養患者の診察 （ 本人・保健所 ）

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、必要な処方をさせて頂きます ）

ID:　　名前:（ふりがな）　　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 ／　　（　　）・　　）

☐ 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 ）

☐ 新型コロナ感染症にかかった事(本人): なし ・ あり （　　年　　月　　日 ）

☐ 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【 ☐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 ）】

【 ☐医療機関 （ 唾液 ・ 鼻腔 ）　発生届け提出 （ 済み ・ 未 ）】

☐ 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<br>（　　）<br>周囲に流行している病気はありますか？<br>（ なし ・ あり ＿＿＿＿＿＿ ） | 同居家族（ 父 ・ 母 ・ 姉 ・ 妹 ・ 兄 ・ 弟 ）<br>（ その他:　　） | 既往歴(治療中または今までかかった大きな病気) |
|---|---|---|

＊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<br>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<br>出始めた日 | ／ | ℃ | | |
| | ／ | ℃ | | |
| | ／ | ℃ | | |
| | ／ | ℃ | | |
| | ／ | ℃ | | |
| | ／ | ℃ | | |
| | ／ | ℃ | | |
| | ／ | ℃ | | |

【当日バイタル】 ＊下記欄は看護師が記入します。

| 体重:　　kg | 体温:　　℃　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:　　% | |