症状・行動　調査表

月　　日

ID

氏名

対応時間　TEL ・ 玄関　（　　：　　）

生年月日　　年　　月　　日　（年齢　　）

来院時間　発熱外来・帰接者外来（　　：　　）

携帯電話　　-　　-

住所

車種（色）・ナンバー　　（　　）　・

★相談センターには連絡をしましたか？　いいえ ・ はい　（ 一般 ・ 専門の医療機関 ）

【当日バイタル】

BP　：　　/　　mg	呼吸：　　回/分
脈：　　回/分	Spo2：　　%

体重：　　Kg	体温：　　℃
解熱剤の使用：なし ・ あり（　：　）	

＊他院からの紹介状：　なし ・ あり　＊他院からの処方薬：　なし ・ あり

【12歳以上の方 コロナワクチン接種歴】

なし ・ 1回目(　　年　　/　　)・2回目(　　年　　/　　)

既往歴

※発症日から14日さかのぼって受診日までの経過を記入してください。

受診日	日付	症状	行動
受診日 ◎印		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
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		

	/	℃		症状が始めに出た日
	/	℃		
	/	℃		
	/	℃		
	/	℃		
	/	℃		
	/	℃		
	/	℃		
	/	℃		
	/	℃		
	/	℃		
	/	℃		
	/	℃		
	/	℃		

海外渡航歴は？

なし・あり　（　月　日～　月　日 ）

（場所：　　）

公共機関の利用は？駅・停留所・空港名

飛行機　なし・あり　（　　）

空港　なし・あり（　　）

バス　なし・あり　（　　）

タクシー　なし・あり　（　　）

電車　なし・あり　（　　）

学校　保育園、幼稚園

（　　）

通園・通学手段

（　　）

父の職業と通勤手段

（　　）

母の職業と通勤手段

（　　）

同居家族

（ 父 ・ 母 ・ 姉 ・ 妹 ・ 弟 ・ 兄 ）

（その他：　　）

周囲に風邪症状の人は？

なし ・ あり（　　）

新型コロナウイルスと診断された人との接触は？

なし ・ あり（　　）

その他気になることは？