

発熱・皮疹者問診票

車のナンバー：

車の色：

携帯番号： (携帯の持主：)

測定時間： 月 日 時 分

・体温 () °C

・脈拍 () 回/分

・SpO2 () %

※小児の場合は保護者の氏名も記入ください

保護者 氏名

診察券番号

氏名 生年月日：M T S H R 年 月 日生 男・女 歳

職業 保育園・幼稚園名 勤務先・学校名 通勤・通学方法 (自家用車/電車/バス/その他)

※体重：小児のみ

Kg

新型コロナウイルスワクチン接種日

1回目 2回目 3回目 ・未接種

該当する項目に○でチェックし、空欄を埋めて下さい。

「今日までの治療 (現在治療中の病気)： 」・なし

※例：高血圧・高脂血症・脳梗塞・心筋梗塞など

1. 職場・学校・習い事などで10日以内に新型コロナの発生はありましたか ない・ある (だれ： いつ：)
2. まわりに新型コロナウイルスの検査を受けた、受ける予定の人はいますか (10日以内)。
ない・ある (だれ： いつ：)
3. 今までに新型コロナウイルスに感染した事はありますか ない・ある (いつ：)
4. 発熱 (いつ) から 最高 (°C) () 日続く 解熱剤の服用 有・無
発熱以外の症状：(いつ)
咳・痰・頭痛・のどの痛み・筋肉痛・関節痛・背部痛・腹痛・吐き気・嘔吐・下痢
全身の倦怠感・呼吸困難感・胸痛・味覚/嗅覚異常・その他 ()
5. 14日以内に大規模イベントなどに参加、または人混み (室内の閉鎖空間) に行く機会がありましたか
(満員電車、スポーツジム、室内パーティー、飲み会、ライブハウスなど) があった・ない
行った場所 ()
※行き先は地名と場所、施設名などを記入してください
6. 同居人で同じような症状 (発熱・咳等) のある方はいますか
いいえ・はい (だれ： いつ：)
7. 女性の方は、妊娠の可能性はありますか はい・いいえ 最終月経 ()
8. 皮疹はありますか ない・ある (いつ) から どこに (顔 胸 お腹 背中 腕 手 脚足)
9. 30日以内の渡航歴はありますか ない・ある (日から 日まで) (国名)
10. 渡航歴のある人と14日以内に濃厚接触がありましたか ない・ある (国名)

お車の方は問診票を記載し、車内で待機してください。診察の順番になりましたら、ご案内します。

お車のない方は「B館夜間入り口横パーテーション内」でお待ちください。

※トイレを利用する際には、代表番号 029-873-3111 へ連絡してください。トイレへご案内します。