

# 発熱・皮疹者問診票

Ver.17

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・未成年の場合は保護者の氏名も記入ください

保護者 氏名

※体重： kg 身長： cm

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 )

新型コロナウイルスワクチン接種歴

接種回数

回

・未接種

直近のワクチン接種年月日： 年 月 日

直近のコロナウイルスワクチン種類：ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・ノババックス・不明・その他

※：HER-SYS 入力 of 必要性 (有・無) 病院が記載します

(現在治療中の病気)：( なし ・ あり ) ありの場合は以下に○をつけて下さい。

重症化リスク因子：悪性腫瘍・慢性呼吸器疾患・慢性腎臓病・心血管疾患・脳血管疾患

・喫煙歴・高血圧・糖尿病・脂質異常症・肥満 (BMI30 以上)・免疫低下状態の者  
上記以外の疾患 ( )

1. 職場・学校・習い事等で7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 (7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がありますか ない・ある (いつ： )
4. 発熱 ( 月 日 ) から 最高 ( °C) ( ) 日間 続く 解熱剤の服用 有・無  
発熱以外の症状：( 月 日 ) から  
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. 7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 ( )  
※行った場所は、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： 月 日から )
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 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。