

発熱・感染症関連問診票

フリガナ		性別	生年月日	S H R	年 月 日
お名前		男 ・ 女		(歳)	
			現在の体温	℃	

下記の質問にすべてお答えください。

◎受診される方の周りでコロナウイルスまたはインフルエンザの方はいますか？	はい→関係性() ・ いいえ
◎今回の発熱はいつからで、その時、何度でしたか？	いつから→ 体温→ ℃
◎今日の朝は何度でしたか？	体温→ ℃ ・ 測っていない
◎発熱以外の症状はありますか？	咳・鼻汁・鼻づまり・喉痛・嘔気・嘔吐・下痢 味覚障害・腹痛・頭痛・発疹・湿疹・その他()
◎突発性発疹にかかったことはありますか？	はい ・ いいえ
◎通園・通学はしていますか？	はい ・ いいえ
「はい」の方へ→どちらの園、学校、学童ですか？(学校名→) なにか流行している病気はありますか？→ なし ・ あり(病名→)	
◎息苦しい症状はありますか？	はい ・ いいえ
◎食事はとれていますか？	いいえ ・ ほんの少し ・ 普段の1/2以下 ・ 普段の1/2以上 ・ はい
◎水分はとれていますか？	いいえ ・ ほんの少し ・ 普段の1/2以下 ・ 普段の1/2以上 ・ はい
◎その他の経緯があればご記入ください。	

ご協力ありがとうございました。受付にお戻しください。

右前 ・ 左前 ・ 点滴室1 ・ 点滴室2

医師・看護師記入欄	院内トリアージ I II III		特診室1 ・ 特診室2
-----------	------------------	--	-------------