

発熱者用問診票

車種・色・No

(ふりがな) お名前		職業	
生年月日(T・S・H・R) 年 月 日(才)		性別 男・女	
住所 〒			
電話番号【自宅】		【携帯】	
施設入所中の方 【施設名】		【利用開始年月日】	
ショートステイ利用中の方【施設名】		【利用開始年月日】	
今、体温が37.5度以上ある。または普段より1度以上高い。 はい・いいえ			
はいと答えた方へ 発熱は何日間つづいていますか？ (日間)			
解熱剤・鎮痛剤を飲まれていますか？ はい・いいえ			
どのような症状がありますか？ 該当するところを○で囲んでください ・発熱(体温 度) 強いだるさ(倦怠感) 息苦しさ(呼吸困難) 関節痛 咳 咽頭痛 鼻汁 痰が出る 味覚・嗅覚異常 頭痛 下痢 嘔吐 吐き気 結膜炎 その他()			
上記の症状はいつ頃からですか？ ()			
2週間以内に新型コロナウイルス陽性と診断された方と濃厚接触はありますか はい・いいえ			
過去2週間以内に日田から出ましたか？ はい・いいえ			
→「はい」と答えた方へ、どちらへ行かれましたか ()			
現在治療中の病気はありますか？ はい(病名) いいえ			
現在お薬を服用していますか？「はい」の方は何の薬をもらっていますか はい(薬品名) いいえ (病院名)			
女性の方のみお答えください			
妊娠されていますか？ はい(週目) わからない いいえ			
授乳中ですか？ はい いいえ			
生理中ですか？ はい いいえ(最終月経 月 日)			