

問 診 票

令和4年 月 日

| | | | | | |
|------|-----------------|-------|-----------------|-----|-------|
| フリガナ | | 性別 | 男 ・ 女 (妊娠なし・あり) | | |
| 名前 | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 年齢 | 才 | 喫煙歴 | あり・なし |
| 住所 | 〒 新宿区 豊島区 | 電話・携帯 | | | |
| | | 電話・自宅 | | | |

《以下の項目を記入・チェックしてください》

- 基礎疾患 なし ・ あり ()
- アレルギー なし ・ あり ()
 ※薬剤アレルギー なし ・ あり ()
- ワクチン接種歴 なし ・ あり ありの場合ワクチン接種回数 () 回
 最終接種日 (年 月 日) 接種したワクチン (ファイザー ・ モデルナ)
- 職業 【1.飲食業 2.接客業 3.医療従事者 4.福祉・介護従事者 5.子どもに接する職業
 6.会社員・公務員 7.学生 8.無職 9.その他()】

| | |
|--|----------|
| 1.発熱(37.0℃以上)がある・あった | いいえ ・ はい |
| 2.せき・たん(呼吸器症状)・咽頭痛・頭痛がある | いいえ ・ はい |
| 3.強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある | いいえ ・ はい |
| 4.右記いずれかの症状がある(下痢・腹痛・嘔吐) | いいえ ・ はい |
| 5. 2週間以内に5人以上で集まるイベントまたは密閉空間で、人が密集・密接した場所を利用した。※本人または、同居人が利用した | いいえ ・ はい |
| 6.同居人に発熱(37.0℃以上)あるいはせき・たん(呼吸器症状)がある人がいる | いいえ ・ はい |
| 7.同居人や2週間以内に会った方でコロナ陽性者と診断された方がいる | いいえ ・ はい |

【詳しい症状】 ※下記を必ず記入してください。

| | |
|--------|--|
| ①いつから | |
| ②具体的症状 | |

《看護師記入欄》 熱 () 酸素FD ()