

【感染症を疑う問診票】

氏名：

会社 or 学校所在地：

会社 or 学校名：

どのようなお仕事（職種）なのか具体的に教えてください：

1.どのような症状がありますか？（例：発熱や咳、関節痛、倦怠感、その他）

発熱(直近) ℃ 味覚障害 匂いの障害 咳 関節痛 倦怠感

頭痛 嘔気/嘔吐 腹痛 下痢 咽頭痛

鼻づまり・炎症 鼻の治療・通院している その他

2.その症状はいつから始まりましたか？

①その症状は悪化していますか？ はい いいえ

②その症状が始まる前の14日間に、感染するような行動や環境にありましたか？
(例：多くの人が集まるような集会や外食、カラオケ、歯科や耳鼻科などの医療機関を受診。
旅行、バスやタクシーの利用、その他)

3.あなたが最も心配していることを教えてください

(例：感染していないかと心配、同居の家族にうつしていないか、仕事に行ってもいいのか、その他等)

4.ご希望はありますか？

治療薬 PCR検査 インフルエンザ検査 採血検査 レントゲンCT検査 その他

5.他の病気で治療をしていますか？かかりつけ医といつも内服している薬があれば教えてください。 なし

病名： かかりつけ医：

いつもの内服しているお薬があれば教えてください。(お薬手帳を見せてください)

6.お薬やアルコールのアレルギーはありますか？ はい いいえ

7.タバコ（喫煙者ですか？） はい いいえ

8.最近、海外旅行や海外の人と接することがありましたか。 はい いいえ

9.同居しているご家族はどのような人がいますか？ご家族はお元気ですか？

(そのご家族は、どのような方との接触の機会が多いですか？)

10.電話で保健所の相談センターなどに相談をしましたか？ はい いいえ

11.ここに来た経緯を教えてください。

普段から通院しているから 誰かに紹介された 南港病院ホームページ

インターネットで調べた その他

12.新型コロナウイルスワクチンの接種歴を教えてください。

1回目 有 歳 無

ワクチンの製造会社 ファイザー モデルナ アストラゼネカ 不明

接種年月日 年 月 日

2回目 有 歳 無

ワクチンの製造会社 ファイザー モデルナ アストラゼネカ 不明

接種年月日 年 月 日