

外来問診票 Ver.10

結果

一般・保健所依頼（診察あり・なし）

来院方法：ウオークイン・ドライブスルー 時間（ ）

氏名： _____
生年月日
大 昭 平 令 年 月 日

携帯（ ）

車種・色（ ）

年齢

看護師サイン（ ）

確認事項

- ・新型コロナワクチン接種 未・済（ 1回 2回 3回 ）
- ・濃厚接触者または接触者に該当 なし・あり（関係 ）
*身近なところでコロナ陽性者がでている（学校、会社など）
- ・身長（ c m ） 体重（ k g ）
- ・基礎疾患 なし・あり（ ）
- ・脈拍（ ） Spo2（ ） 血圧（ ） 体温（ ）

その他（特記事項）

症状

- 熱がある 頭が痛い のどの痛み 咳がでる 寒気がある
- 鼻みず 鼻づまり 痰のからみ だるい 関節のいたみ
- 腹痛 吐き気・おう吐 下痢 味やにおいがしない
- その他（ ）

行動歴 *5日以内：最終接触（帰秋日を0日として5日間以内）

- 5日以内に、県外へでかけた（県外に住んでいる）
- 5日以内に、県外の人との接触があった 例）マスクなし、換気の悪い部屋、車など同乗、15分以上の会話
- 5日以内に、不特定多数の人が集まる場所（イベント、会食など）へ行った
地域（ ）
いつ（ ）