

# 発熱・呼吸器症状患者に対する 問診票

|  |     |                 |              |                      |
|--|-----|-----------------|--------------|----------------------|
| 氏名   |     | 性別 男・女          | 生年<br>月 日    | 大・昭・平・令<br>年 月 日( )歳 |
| 住所   | 〒   |                 |              |                      |
| 連絡先  | ( ) | 記入者             | 本人・家族・同居人・知人 |                      |
| 身長   | cm  | 記載日             | 月            | 日                    |
| 体重   | kg  | 体調が悪かったのは 月 日から |              |                      |
| <p>・自覚症状は、あるもの全てに○をして下さい</p> <p>1. 発熱(                    °C ____月 ____日から)                    2. 倦怠感                    3. 痰の出るせき</p> <p>4. 空せき                    5. 食欲不振</p> <p>6. 呼吸困難(息切れ、息が荒い等)                    7. 咽頭痛                    8. 頭痛                    9. 下痢                    10. 吐き気</p> <p>11. おう吐    12. 腹痛    13 嗅覚障害(匂いがわからない)    14 味覚障害(味がわからない)</p> <p>15. 筋肉痛                    16. その他(                    )</p> |     |                 |              |                      |
| <p>・上記のうち、主な症状はいつから出現しましたか</p> <p>1.                    月 日から                    2. 症状はひどくなっていますか はい・いいえ</p>   |     |                 |              |                      |
| <p>・現在治療中の病気や治療中の病気の全てに○をして下さい</p> <p>いいえ・はい ⇒ 1. 高血圧                    2. 心臓病                    3. 糖尿病                    4. 抗がん剤治療</p> <p>5. 脳血管疾患                    6. 慢性肺気腫                    7. 慢性腎臓病                    8. 透析治療                    9. 慢性肝疾患</p> <p>10. 関節リウマチ                    11. 膠原病                    12. HIV                    13. 喘息</p> <p>13. その他(                    )</p>                                   |     |                 |              |                      |
| <p>・新型コロナウイルス感染者と接触したことがありますか (いいえ)</p> <p>(はい) ⇒ 1. 相手の氏名(                    ) 2. その相手とは 1)知人 2)家族 3) たまたま会った</p> <p>最初に会った日付は令和2年                    月 日 最後は                    月 日</p> <p>あった時の状況 1. 長時間一緒にいた 2. 同じ部屋にいた 3. 相手の治療・ケアをした</p> <p>4. 短時間一緒にいた 5. その他(                    ) 6.不明</p>   |     |                 |              |                      |
| <p>症状が出る2週間前から今日までに海外に行ったことがありますか (できるだけ詳しく都市名まで)</p> <p>いいえ・はい ⇒ 滞在先 1.(                    ) 2.(                    ) 3.(                    )</p>   |     |                 |              |                      |
| <p>症状が出る2週間前から今日までに医療機関を受診したことがありますか</p> <p>いいえ・はい ⇒ 受診施設名 1.(                    ) 2.(                    ) 3.わからない</p>   |     |                 |              |                      |
| <p>・職業 1.会社員 2.公務員 3.自営業 4.自由業 5.専業主婦(夫) 6.学生 7.パート・アルバイト 8.無職</p>   |     |                 |              |                      |
| <p>(女性の方のみ) 妊娠および可能性はありますか?                    いいえ・わからない・はい(                    週目)</p>  |     |                 |              |                      |