

フリガナ _____

お名前: _____ 男・女 _____ ご職業: _____

生年月日:大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳 _____ ヶ月)

ご住所:〒 _____ 電話: _____ - _____ - _____

熱のある方: _____ °C 体重 (お子様のみ): _____ kg

1. 本日はどのような症状で来院されましたか?

耳 (右・左)、鼻、のど・口、首、その他 (_____)
具体的な症状:

2. それはいつ頃からですか? _____ 月 _____ 日頃から (_____ 日/年前から)

3. 今までに下記の病気になったり、治療を受けたことがありますか?

高血圧、糖尿病、脳卒中、心臓病、不整脈、喘息、胃潰瘍、肝炎、結核

がん (部位: _____)

その他 (_____)

4. 今までに手術を受けたことがありますか?

はい _____ 年前 _____ 歳頃 手術名 (_____)

いいえ

5. 現在、お飲みになっている薬はありますか?

はい・いいえ

薬の名前がおわかりになればお書きください。おくすり手帳があれば構いません。

(_____)

6. 薬・注射でじんましんがでたり、気分が悪くなったことがありますか?

はい・いいえ

「はい」の場合、薬の名前または何の病気の薬かおわかりになればお書きください。

(_____)

7. 現在、妊娠中、またはその可能性はありますか?

はい (_____ ヶ月)・いいえ

8. 現在、授乳中ですか?

はい・いいえ

～ご記入後、受付または病院スタッフへ提出ください～

1. 以下の症状で該当するものにチェックしてください(複数可)。

- 発熱(37.0℃以上) _____ 日から _____ 日間 最高体温 _____℃
- 熱がでるので解熱剤で対応している _____ 日から _____ 日間
- のどが痛い せきが出る 痰がでる いき苦しい 体がだるい
- _____ 日前から においがわからない・わかりにくい・嫌なにおいがする
- _____ 日前から 味がわからない・わかりにくい・金属のような味がする

2. 新型コロナウイルスに感染したことがわかっている方と、その方が発熱及び咳・呼吸困難などの症状がでる2日前から隔離されるまでの間に、濃厚接触(のうこうせつしょく)(*)がありましたか。あるいは、強く咳き込んでいる方と、濃厚接触がありましたか。

* 濃厚接触とは: 必要な感染予防策をせずに手で触れること、または対面で互いに手を伸ばしたら届く距離(1m程度)で一定時間以上接触があった場合

- なし あり

「あり」とお答えの場合、その方との濃厚接触の状況を教えて下さい。

- 同居あるいは、長時間の接触があった(車内や航空機内など)。
- 適切な个人防护なしで診察・看護・介護をした。
- 気道分泌物、体液等に直接接触した可能性がある。
- 1メートル以内で、感染予防なしで15分以上会話等の接触をした。

3. 今回の症状がでる前の2週間以内に新型コロナウイルス感染が多発している国や地域(緊急事態宣言が発令されている都道府県など)に行きましたか。

- なし あり

国内: 県、市名 () 外国: 国名 ()

4. 最近、「3密」(密閉・密集・密接)と言われる場所や集団での感染があった場所に行きましたか。

- なし あり

ご協力いただきありがとうございました。