

新型コロナウイルス感染症検査に関する問診票

サンフラワー
クリニック

ふりがな		性別	
氏名		男・女・その他	
生年月日	T・S・H・R 年(西暦) 月 日生(歳)		
住所	〒	駐：1・2・3・4・5 他	
電話番号	(続柄：)	No 車種 色	国籍
職業・学校	無・有(会社名・学校名：)		()

体調に関する問診	症状有無	無 ・ 有 (発症日： 月 日 時頃)				
	① 発熱(37.5℃以上) いつから 現在体温： ℃	はい	いいえ	⑤ 痰	はい	いいえ
		MAX： ℃		⑥ 強いだるさ(倦怠感)	はい	いいえ
	② のどの痛み	はい	いいえ	⑦ 味覚・嗅覚障害	はい	いいえ
	③ 鼻水	はい	いいえ	⑧ 吐き気、嘔吐	はい	いいえ
	④ 咳	はい	いいえ	⑨ 下痢	はい	いいえ
⑩ 頭痛	はい	いいえ	⑪ その他症状	Spo2	%	

接触歴	新型コロナウイルス陽性の方と一緒にいたことがありますか	はい	いいえ
	”はい”の方は具体的に記入()		

ワクチン接種歴	無・有	最終接種回	最終接種メーカー	最終接種日
		回	ファイザー・モデルナ・アストラ・不明	R / / 不明

因子・持病 重症化の	<ul style="list-style-type: none"> 悪性腫瘍 心血管疾患 脂質異常症 慢性呼吸器疾患(COPD等) 脳血管疾患 肥満(BMI30以上) 慢性腎臓病 喫煙歴 高血圧 糖尿病 	妊娠	有・無
	(その他)		

- 全ての検査には「偽陰性」が存在することをご了承ください。
- 検査結果の保健所への報告ならびに、【陽性】の場合保健所の指示に従う事に同意願います。
- 結果が判明するまで自宅で待機し、不要不急の外出を避けててください。

※ 白字 の項目は保健所への届出に必要な為、必ず記入し・読み取り出来る様にご記入願います。

<以下 医療機関記入欄> ③ (ラゲブリオ・パキロビット)

保健所届出・連絡	無・有 (①65歳以上 ②入院要 ③重症リスク・治療薬 ④妊婦)
電話	・ ヨートメール可能【番号変更 続柄】

臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用・その他の事由により免疫機能が低下している恐れ	有・無・不明
---	--------

重症度	軽症・中等症Ⅰ・中等症Ⅱ・重症	入院の必要性	有・無
-----	-----------------	--------	-----

検査実施日 年 月 日 カルテ (有) (無) ID スキャン (済)