

新型コロナウイルス対策問診票

記入日： /

※患者さんの付き添いは成人の方お1人までとさせていただきます。

短期入所・通園

ご事情のある方は職員にご相談ください。

ほかほか・外来

※新型コロナウイルス対策のため体調を伺わせていただきます。ご記入をお願いします。

相談

患者名 _____

記入者氏名 _____

続柄 _____

下記の1. 患者さん本人、2. 付き添いの方、3. 同居のご家族の方のいずれかに

① 海外及び感染拡大区域(直近2週間の10万人あたり感染者数が2.5以上の都道府県)への行動歴
なし・あり 場所() 期間(~) どなたが()

② 新型コロナウイルス感染症と診断された方と接触しましたか いいえ・はい どなたが()

1. 患者さん本人:本日の体温 _____ °C (職員が記入します) 現在を含め、2週間以内に以下の症状がありましたか。					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あった いつからですか 日時(/)					
症状	<input type="checkbox"/> 37.5度以上の発熱 ()度	<input type="checkbox"/> 咳が出る	<input type="checkbox"/> 痰の増加	<input type="checkbox"/> 強いだるさ	
	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 味覚の異常	<input type="checkbox"/> 嗅覚の異常	<input type="checkbox"/> その他()	
2. 付き添いの方:本日の体温 _____ °C (職員が記入します) 現在を含め、2週間以内に以下の症状がありましたか。					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あった いつからですか 日時(/)					
症状	<input type="checkbox"/> 37.5度以上の発熱 ()度	<input type="checkbox"/> 咳が出る	<input type="checkbox"/> 痰の増加	<input type="checkbox"/> 強いだるさ	
	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 味覚の異常	<input type="checkbox"/> 嗅覚の異常	<input type="checkbox"/> その他()	
3. 同居しているご家族の方で、以下の症状のある方はいますか。 現在を含め、2週間以内に以下の症状がありましたか。					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あった いつからですか 日時(/)					
症状	<input type="checkbox"/> 37.5度以上の発熱 ()度	<input type="checkbox"/> 咳が出る	<input type="checkbox"/> 痰の増加	<input type="checkbox"/> 強いだるさ	
	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 味覚の異常	<input type="checkbox"/> 嗅覚の異常	<input type="checkbox"/> その他()	

2週間以内で1~3共通で①なし②いいえ及び1~3すべての質問で「なし」で体温37.5°C未満の方のみご利用できます。

※感染拡大区域への行動歴が「あり」の場合でも、状況等により利用できることがありますので、職員に申し出てください。

記入後スキャンし保存

山形県立子ども医療療育センター(令和2年10月)