

# かぜなど感染症の質問票

記入日 時刻 月 日 時

名前 年齢 歳 (男・女) 身長 cm 体重 kg

連絡先・携帯番号 \_\_\_\_\_ 待機するお車について  
色 ( ) 車種、ナンバーなど ( )  
家族構成 人 ( ) 職業・学校など ( )

- 現在の体温 ( ) °C
- お仕事・学校などは休んでいますか? はい いいえ 学校・勤務先( )
- 現在一番困っている症状は? (当てはまるものに ◎ を付けて、症状が出始めた時期を書いてください。)
- 他には症状がありますか? (当てはまるものに ○ を付けて、症状が出始めた時期を書いてください。)
- ・発熱 (37.0~37.4°C・37.5°C以上) ( ) 月 日頃 又は 日 前の朝・昼・夕・夜から ( )
  - ・悪寒 関節痛 筋肉痛 頭痛 ( ) 月 日頃 又は 日 前の朝・昼・夕・夜から ( )
  - ・せき たん ( ) 月 日頃 又は 日 前の朝・昼・夕・夜から ( )
  - ・だるい (倦怠感) ( ) 月 日頃 又は 日 前の朝・昼・夕・夜から ( )
  - ・息苦しい (呼吸困難) ( ) 月 日頃 又は 日 前の朝・昼・夕・夜から ( )
  - ・のどの痛み 腫れ いがいが感 ( ) 月 日頃 又は 日 前の朝・昼・夕・夜から ( )
  - ・目の痛み・結膜充血 (腫れ) ( ) 月 日頃 又は 日 前の朝・昼・夕・夜から ( )
  - ・鼻水 鼻つまり 匂い・味が不明 ( ) 月 日頃 又は 日 前の朝・昼・夕・夜から ( )
  - ・食欲不振 腹痛 吐気・嘔吐 下痢 ( ) 月 日頃 又は 日 前の朝・昼・夕・夜から ( )
  - ・不安 不眠 その他 ( ) 月 日頃 又は 日 前の朝・昼・夕・夜から ( )

- 以下のご病気等がありますか? (当てはまるものに ○ を付けてください。)
- 高血圧 糖尿病 心臓病 呼吸器疾患 (喘息・COPD など) 腎臓病 (透析を受けている)
- 抗がん剤や免疫抑制薬を服用中 ( )
- 現在服用しているお薬はありますか? はい いいえ ( )
- 家庭・職場など身近な方で、最近 (約 14 日以内) かぜなど調子のすぐれない方はいましたか?
- はい いいえ 不明 (勤務先など )
- 市外への移動、旅行、集まり、飲み会などの参加しましたか? した していない
- 移動方法 車・電車・バス・その他 ( )
- 定期的に外出していますか? (感染流行地域・習い事・スポーツクラブなど)
- はい いいえ 不明 ( )
- この症状について他医療機関で受診をしていますか? はい いいえ
- 新型コロナ受診相談センター (保健所) に相談されましたか? はい いいえ
- 新型コロナ・インフルエンザ等の検査は希望されますか? はい いいえ

以上、ご回答ありがとうございます。 (2020/10/26 更新)

- ・症状が軽い場合は自宅療養しましょう。体温、食欲や状態などメモしておきましょう。
- ・改善しない・悪化の場合は早めにお電話・メールなどでご連絡してください。