

風邪症状患者 聞き取り票

医療機関名 おおくにクリニック TEL・FAX 055-288-0092 / 055-288-0292

氏名：		記載日：令和 年 月 日	
患者No：			
1	職業	会社・学校名等（ ）	
		最終勤務日	月 日（学生等の場合、登校日等）
2	現在の症状 該当するものに☑をし、 （ ）に症状が出た日を 記入すること	<input type="checkbox"/> 発熱 度（ ）	<input type="checkbox"/> せき（ ）
		<input type="checkbox"/> 息苦しい（ ）	<input type="checkbox"/> たん（ ）
		<input type="checkbox"/> 胸が痛い（ ）	<input type="checkbox"/> だるさ（ ）
		<input type="checkbox"/> 頭痛（ ）	<input type="checkbox"/> 吐き気、おう吐（ ）
		<input type="checkbox"/> 下痢（ ）	<input type="checkbox"/> 嗅覚、味覚異常（ ）
		<input type="checkbox"/> のどの痛み（ ）	<input type="checkbox"/> さむけ（ ）
		<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> はなみず（ ）
3	基礎疾患 (持病・アレルギー)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
4	発症2週間前からの行動歴	<input type="checkbox"/> 海外渡航歴（日時： から まで 場所： ） <input type="checkbox"/> 国内移動歴（日時： から まで 場所： ） <input type="checkbox"/> 大勢の人が集まる場所への参加（場所： ）	
5	周囲との接触歴 周囲の発生状況	・COVID19患者との接触歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） ・周囲の感染症発生 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） ・家族や同僚、友人などに似た症状の方 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
6	家族構成（同居家族）	名 続柄（ ）	
7	コロナワクチン接種の有無	<input type="checkbox"/> 有	
		1回目接種日（ ）メーカー名（ ）	2回目接種日（ ）メーカー名（ ）
		3回目接種日（ ）メーカー名（ ）	4回目接種日（ ）メーカー名（ ）
		5回目接種日（ ）メーカー名（ ）	
		<input type="checkbox"/> 無	
8	その他 連絡事項		