

新型コロナ対策・問診票

問診結果によっては院内感染対策の為、新型コロナに関するトリアージを実施させていただくことがあります
その際はトリアージ料が派生いたしますのでご了承ください

情報元：ご本人、付き添いの方（ ） 年 月 日

患者名： _____

本日の体温測定 °C (時)

① 症状で該当するものに全てチェックをしてください

- 発熱 (37°C以上) 最近 10 日間以内 月 日から 日間
(87.1%)
- 咳が出る (68%) 痰が出る (33.4%) 息ぐるしい (18.6%)
- 倦怠感がある (36%) 関節・筋肉痛 (14.8%) のどが痛い (13.8%)
- 嘔気・嘔吐 (5.0%) 鼻汁・鼻閉 (4.8%) 下痢 (3.7%)
- におい・味がわかりにくい (30~64%)
- 皮膚症状 (19.4%) (麻疹様斑状丘疹 36.1%、点状出血 34.7%、蕁麻疹 (ジンマシン) 様皮疹 9.7%)

② 身近に新型コロナウイルスに感染した方や、その濃厚接触者、発熱や咳をしている方がおられましたか

- いない いる (詳しく： _____)

③ 2週間以内に東京、京阪神や県外・海外へ行きましたか

- いいえ はい
海外：国名 (_____)、国内：県・市名 (_____)

④ 2週間以内に人がたくさん集まる場所(3蜜：老人ホーム、集会、ライブ、スポーツジム、大きな病院等)に行きましたか

- いいえ はい (どこに _____ いつ _____)

⑤ 2週間以内に2~3人以上の人と一緒に会食しましたか(居酒屋、飲食店、自宅等)

- いいえ はい (どこに _____ いつ _____)

⑥ 治療中の病気はありますか(特に心臓、肺、腎臓、糖尿病等)

- なし あり (病名・ _____)

当職員記入欄： トリアージ必要 トリアージ不要