

新型コロナウイルス感染症スクリーニングシート

記入日 年 月 日

ID		性別	生年月日			年齢	
ふりがな		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
お名前		男・女	T S H R	年	月	日	
		住所					
		携帯電話		自宅			

該当に

※ 患者にはサージカルマスクと手指アルコール消毒。看護師はPPE(マスクはサージカルマスク)	はい	いいえ
風邪症状や37.5℃以上の発熱が4日以上続く(解熱剤を飲み続けなければならない方を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸器症状(息苦しさ)や強い倦怠感がある方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以下の方は「1」もしくは「2」が2日以上続く場合 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 透析患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤や抗がん剤等を使用している方 (病名: )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

風邪症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	自家用車で来院する場合	車種	色
<input type="checkbox"/> 発熱	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	車のナンバー	
発熱経過	℃		
<input type="checkbox"/> 咽頭痛	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕		
<input type="checkbox"/> 鼻水	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕		
<input type="checkbox"/> 頭痛	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕		
<input type="checkbox"/> 関節痛	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕		
<input type="checkbox"/> その他 ( )			

呼吸器症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 咳	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕
<input type="checkbox"/> 痰	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕
<input type="checkbox"/> 呼吸苦	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕
<input type="checkbox"/> その他 ( )	

強い倦怠感 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕
---	--

消化器症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 下痢	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕
<input type="checkbox"/> 嘔気	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕
<input type="checkbox"/> 嘔吐	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕
<input type="checkbox"/> 腹痛	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕
<input type="checkbox"/> 食欲不振	年 月 日 時間帯 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕

その他	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 味覚障害
-----	---

今回の症状に関する受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	既往歴
ありの場合の病院名と受診日	
病院名: 年 月 日	
海外流行地への渡航歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
国内流行地への訪問歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
新型コロナの曝露歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
家族(同居者) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
仕事 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
仕事ありの場合	職種: <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員   勤務所在地: <input type="checkbox"/> 千葉県内 <input type="checkbox"/> 東京都内 <input type="checkbox"/> 医療・福祉 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> その他( )
交通手段:	<input type="checkbox"/> 電車・バス <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他( )