

受診日 /

問診票

トリアージ

F+

お名前 () 年齢 () 体重 (kg) 体温 (°C)

※来院手段(○で囲む): 徒歩 ・ 自転車 ・ 車 (車ナンバー:) 停車位置 ()

★本日お付き添いのご家族様の携帯番号を記入して下さい (— —)

5番部屋

6番部屋

車

ベンチ

※Q1～Q5は本人様とご家族様も該当するものに☑をつけてください←()内も必ずご記入ください!!

Q1 本人が新型コロナ陽性者である (検査日: / ⇒ 自宅で検査 (鼻腔 唾液) 医療機関で診断)

Q2 同居者にコロナ陽性者・濃厚接触者がいる (誰が: いつ陽性: /)

Q3 通園・通学・勤務先にコロナ陽性者がいる (_____ 保育園・幼稚園・学校 父・母の勤務先)

Q4 同居者に症状がある者がいる (誰が: 症状:)

Q5 1～5には該当しない

⇒ 上記 Q1～3 に当てはまる方は、直接来院せずに車から当院にお電話ください

※以下の当てはまる項目にチェックを入れて下さい。

Q6 本日はどうされましたか?

()

Q7 発熱 月 日 (AM・PM 時頃から °C) (解熱剤使用: AM・PM 時)

Q8 食事 (いつも通り・少々・食べない) 水分 (いつも通り・少々・飲めない) 元気 (ある・なし)

Q9 咳 ___ 日前からある (苦しそう 多い 軽い 痰がらみ)

Q11 鼻水 (有色 透明)

Q12 痛み ___ 日前からある (頭・耳・のど・お腹・関節痛・他 _____)

Q13 おう吐 (___ 日前から ___ 回) (最終: 月 日 時)

Q14 下痢 (___ 日前から ___ 回) (最終: 月 日 時)

Q15 便秘 (___ 日前から) ふだんの排便は ___ 日に ___ 回

Q16 発疹 (全身・顔・首・お腹・背中・腕・足・他 _____)