問診票【院内トリアージ用】

令和　　年　　月　　日カルテNo

ふりがな お名前	生年月日 大・昭・平・令・西暦 年　　月　　日（　　）　男・女
住所　〒	携帯番号 電話番号 ＊連絡先は２カ所の記入をお願い致します

＊無料ＰＣＲセンター・簡易キットでの検査結果をお持ちでしたら、ご用意ください。

＊受診時体温：　　℃　　SaO2　　%

＊症状がある場合は□にチェックをし、設問にお答えください。

□　発熱　（　月　　日）から　　最高（　　）℃まで

□　のどが痛い（　月　　日）から

□　痰　色を教えてください。□黄色　□白色　□血が混じる　□鉄さび色

□　せき（　月　　日）から

□　息苦しさ　　□　鼻水　　□　鼻詰まり

□　腹痛（　月　　日）から

□　吐き気・嘔吐（　月　日）から

□　下痢（　月　　日）から

□　便秘（　月　　日）から

□　頭痛（　月　　日）から

□　関節痛

□　倦怠感

□　その他：どんな症状ですか？（　　）

□　医療従事者の方ですか？　　ＹＥＳ・ＮＯ

＊行きつけの薬局がありますか？薬局名を教えてください。（　　）

＊新型コロナワクチン　未接種・接種

・最終接種日　　令和　　年　　月　　日

・接種回数（最終に接種した回数と種類に○をしてください）

１．２．３．４．５．　回目（ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・ノババックス）

＊今までにかかった、または治療中である病気に丸をつけてください

気管支喘息（小児喘息・咳喘息）も含む　　アレルギー性鼻炎　　花粉症（春・秋）

高血圧　　不整脈　　弁膜症　　糖尿病　　慢性腎臓病　　高コレステロール血症

＊薬で具合が悪くなったことはありますか？（ある・なし）あると答えた方薬の名前・症状を教えてください

（薬の名前・症状　　）

マイナンバーカード受付に対応しております。

発症日　／　　～自終　／

発生届　有・無	健康観察入力者サイン：	入力	Check