

新型コロナウイルス感染症 問診票

(令和2年 5月 日 時間 :)

患者（入院・外来） ・ 同伴者 ・ 面会者 ・ 業者
 体温（ °C）

〔居住地〕

佐賀県内 県外

氏名： _____

いずれかがある

高齢者など重症化しやすい人は一日
 それ以外の方は四日間持続

その他参考となる症状

同居者も含む

1. 高熱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
2. 息苦しさ(呼吸困難)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
3. 強いだるさ(倦怠感)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
4. 平熱を超える発熱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
5. 呼吸器症症状 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
6. 味や臭いが感じにくい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
7. 腹部症状 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
8. 食欲が低下(いつもより)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
9. その他 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 目の充血	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 ~)
10. 周囲に同様の症状の人がいる	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 対象者： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他()
11. 最近 <u>2週間以内</u> の海外渡航歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 滞在場所() (期間 月 日 ~ 月 日)
12. 最近 <u>2週間以内</u> の感染流行地 (感染者100名以上)への本人・同居者の 勤務・訪問・滞在 (東京都・千葉県・神奈川県・埼玉県・ 大阪府・兵庫県・福岡県(大川市以外) 北海道・石川県・富山県・愛知県・京都府・ (5/12現在))	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 勤務場所() 本人・同居者 頻度() 訪問場所() 本人・同居者 期間 月 日 ~ 月 日 滞在場所() 本人・同居者 期間 月 日 ~ 月 日
13. 新型コロナウイルス感染症と 診断された方との接触	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 相手： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() 接触日(月 日) 期間(月 日 ~ 月 日)

患者：通常診療

救急外来5番赤ラベル(携帯 _____)

待機(携帯 _____) ID確認

* トリアージテント出口の担当者に引き継ぐ

同伴者：同伴できる

同伴できない(待機場所に案内)

面会者：病棟に確認(守衛)

面会できない(帰宅)