

電話問診票（発熱等患者様用）

（記入日時： 年 月 日 / 時 分）

① ふりがな 名前			性別	
			□男 ・ □女	
② 生年月日	年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 70歳以上	<input type="checkbox"/> 69歳以下	
③ 住所	〒 -	電話		
		携帯		
④ 保険者番号		記号・番号		

⑤ 治療中の疾患等

糖尿病     高血圧     心疾患     呼吸器疾患     透析中  
 高度肥満 (BMI 30 以上)     免疫抑制剤使用中     妊娠中  
 その他： \_\_\_\_\_

⑥ 感染機会（最近1週間）	三密の状況	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
	発熱者・体調不良者との接触	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし

⑦ 37.5℃以上の発熱または通常より1℃以上の高体温	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
⑧ 味覚嗅覚異常	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
⑨ 咳・痰または強い咽頭痛	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
⑩ 強い倦怠感	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
⑪ 息切れ・呼吸困難	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
⑫ その他の症状など	<input type="checkbox"/> あり（症状： _____） ・ <input type="checkbox"/> なし



<input type="checkbox"/> ⑥～⑪いずれも該当せず	<input type="checkbox"/> <u>⑥なし</u> 、 ⑦以下あり	<input type="checkbox"/> <u>⑥あり</u> 、 ⑦以下あり	<input type="checkbox"/> その他
自宅安静 経過観察	COVID-19 以外の感染症を 疑い診察（但し、⑧が ある場合は注意）	COVID-19 疑い診察、PCR 検査 等検討（当院で検査不可の場 合は、可能な医療機関へ紹介）	適宜判断

\* ⑪ある場合 → 肺炎等疑い至急受診

\* ②70歳以上・⑤のいずれか該当 → 重症化の可能性が高く、受診勧奨・積極的に検査等

指示 内容	<input type="checkbox"/> 自院来院指示	<input type="checkbox"/> 他院等へ紹介	<input type="checkbox"/> その他
	月 日 時頃 来院指示	紹介先医療機関名：  紹介先医師名：  他院等への受診日時： 月 日 時頃 受診するよう指示	