

外来患者 問診票

(患者 同行者 用)

※同行者は網掛け部分にご記入ください

① 「今日の熱」をご記入ください。

【受診年月日 年 月 日】

<input type="checkbox"/> あなたの熱	度
<input type="checkbox"/> あなたの同行者の熱	度

2 あなた周りに、今「新型コロナウイルス感染症の方」はいますか？

<input type="checkbox"/> はい →本日受診・検査予定 の部署に電話連絡して 下さい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい →本日受診・検査予定 の部署に電話連絡して 下さい	<input type="checkbox"/> いいえ
--	------------------------------	--	------------------------------

3 過去の情報を教えて下さい

新型コロナウイルス感染症にかかったこと がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	年	月	頃	<input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> はい	年	月	頃	<input type="checkbox"/> いいえ

4 あなたの「氏名」をご記入ください。

フリガナ	
お名前	
IDナンバー	職員記載欄

5 あなたの「生年月日」をご記入ください。

生年月日	大正	昭和	平成	令和
	年	月	日	

診察・検査前に問診票の確認が必要です。

「診療科前の受付・検査受付等」に出す前に、問診票を両面記載して下さい。

新患・再来受付・ブロック受付・検査受付等のタイミング「シール」をお渡しします。

外来患者

青森県立中央病院

裏面も書いてください



6 今、下記の「症状」がありますか？ →同行者の方は▽にチェックして下さい(網掛け部分)

今、症状はありますか	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 熱がある (月 日頃～)	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 味がしない	
		<input type="checkbox"/> 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	<input type="checkbox"/> 身体がだるい
		<input type="checkbox"/> 筋肉痛	<input type="checkbox"/> のどが痛い	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 体の節々が痛い	<input type="checkbox"/> 筋肉痛	
いつから上記の症状がありますか？	<input type="checkbox"/> 月 日頃 <input checked="" type="checkbox"/> 月 日頃 備考 (思い当たる出来事がありましたらご記載ください)			

7 ワクチン接種状況を教えてください

新型コロナワクチンは接種しましたか？	<input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上)	<input type="checkbox"/> いいえ
	<input checked="" type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上)	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

8 「2週間以内」の行動を教えてください

県内外への移動や旅行をしましたか？	<input type="checkbox"/> はい (いつ、どこで、誰と) <input checked="" type="checkbox"/> はい (いつ、どこで、誰と)	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
接待を伴うまたはお酒を提供する飲食店を利用しましたか？	<input type="checkbox"/> はい (いつ、どこで、誰と) <input checked="" type="checkbox"/> はい (いつ、どこで、誰と)	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
同居の家族以外・県外から来た方と飲食をしましたか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
同居家族以外で、マスクをせずに1m以内で15分以上接した人はいますか？	<input type="checkbox"/> はい (いつ、どこで、誰と) <input checked="" type="checkbox"/> はい (いつ、どこで、誰と)	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
3密状態のイベント・研修会・会議等へ参加しましたか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

ご協力ありがとうございました