

No. _____

コロナ蔓延期発熱外来

_____年__月__日

ふりがな		生年月日	(西暦)	年	月	日
お名前	男・女	職	業			
住所 (住民票)	〒	電	話	(自宅)		
				(携帯)		
現住所	〒	20歳未満の方は保護者の住所氏名、電話番号				
	□同上					

1、本日はどうされましたか？ どの、どのような症状が、いつから、どのように経過していますか？

2、症状について教えてください。

- ・症状 _____日まえから
 ・最も上がった体温 _____℃：いつ _____
 ・最もひどい症状 _____

<p>当院スタッフが記載 軽症・中等症 I (93~96%、入院勧告)・中等症 II 体温 _____℃、 SpO₂ _____%</p>
--

なし → ひどい	寝汗 (0・1・2・3)	頭痛 (0・1・2・3)
嗅覚味覚障害 (0・1・2・3)	吐き気 (0・1・2・3)	腰背部痛 (0・1・2・3)
鼻水 (0・1・2・3)	下痢 (0・1・2・3)	排尿時痛 (0・1・2・3)
のど痛 (0・1・2・3)	朝から今まで _____回排便	息苦しい (0・1・2・3)
咳 (0・1・2・3)	腹痛 (0・1・2・3)	顔・歯痛 (0・1・2・3)
痰 (0・1・2・3)	関節痛 (0・1・2・3)	耳痛 (0・1・2・3)
悪寒 (0・1・2・3)	首・肩痛 (0・1・2・3)	発疹 (0・1・2・3)

・ほかに症状や、心当たり、何か心配なことがあればお伝えください。

3、新型コロナワクチン接種歴(福岡市に届け出に必要です)

1回目 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ 年 月 日	3回目 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ 年 月 日
2回目 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ 年 月 日	4回目 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ 年 月 日

4、重症化リスク 定期通院 なし 通院先(_____)

<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用
<input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 (COPD、間質性肺疾患)	<input type="checkbox"/> 心血管疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病	その他の事由による免疫機能の低下
<input type="checkbox"/> 肺塞栓症、肺高血圧、気管支拡張症	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	
	<input type="checkbox"/> 喫煙歴	<input type="checkbox"/> 肥満(BMI30以上)	

5、(重症化リスクある方へ) 新型コロナ抗ウイルス薬(ラゲブリオ)処方希望 なし あり

6、(女性の方へ) 妊娠の可能性 なし・あり 授乳 なし・あり