発熱等の症状のある方の電話相談聴き取り票

問診日：R　　年　　月　　日

ふりがな：	生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）
患者氏名：	性　別：□男性　□女性　□不明
住　所：	職　業：
電話番号：	携帯番号：
妊　娠：□あり　□なし　□不明	喫　煙：□あり　□なし　□不明
保険証：□健保　□国保　□社保　□後期　□生保（番：　　）	

〇症状　□なし　□あり（いつから　　月　　日）

発熱（37.5℃以上）　□なし　□あり

呼吸器症状　□咳　□痰　□呼吸困難　□鼻汁　□咽頭痛

その他症状　□倦怠感（重度・軽度）　□頭痛　□下痢

□味覚障害　□嗅覚障害　□結膜炎

特記すべき症状（　　）

〇基礎疾患　□なし　□あり

□糖尿病　□呼吸器疾患　□腎疾患（透析）　□心疾患

□免疫抑制剤・抗がん剤　□その他（　　）

〇新型コロナとの関連性　□なし　□あり

□14 日以内に COVID-19 と診断された人との濃厚接触がある
（15 分以上で 1m 以内など）

□特記すべき移動歴等（　　）

□周囲での有症状者あり（誰・疾患など：　　）

〇聞き取り後の方向性

□自院での診療・検査等の実施　□他医療機関等への紹介

□その他（　　）

【備考】