

入院前質問票

入院1週間前から入院日までに インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・胃腸炎・はやり目などの流行性疾患にかかった場合はご連絡をお願いします。医療機関専用窓口 Tel 042-778-8971

患者氏名 _____ 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様ご本人に関する質問

1	①熱は何度でしたか	いつ測りましたか	(_____ °C) (_____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分頃)
	②平熱は何度ですか		(_____ °C)
	③次の症状で、該当する症状があれば、□にレ点をつけてください(複数可)。		
	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 強い倦怠感 <input type="checkbox"/> 味覚異常・嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 目のかゆみ <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> 結膜の発赤 <input type="checkbox"/> 原因不明の発疹	<input type="checkbox"/> 全て該当しない	
④インフルエンザワクチンを接種された方は接種日をご記入ください(直近の10月～3月に接種した場合のみ)			
_____ 年 _____ 月 _____ 日頃接種			

ご家族や職場、学校などの様子に関する質問

2	ご家族や職場・学校などで流行性の感染症(インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、胃腸炎、はやり目など)と診断された方やその疑いがあった方はいますか。 もしくは、1-③の症状がある方はいましたか。 * 「はい」と答えた方へ	いいえ	はい
	①流行性の感染症と診断または疑いがあった方はどなたですか、また、病名は何ですか _____ 家族 _____ 職場 _____ 学校 その他 (_____) 病名 (_____) 診断日 (_____ 月 _____ 日) ②接触の状況を教えてください (同居・隣の席で働いたなど _____)		

海外渡航に関する質問

3	1) 1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか	いいえ	はい
	2) 1ヶ月以内に海外に渡航または居住していた人との接触はありますか	いいえ	はい
	* 1)、2) いずれかで「はい」と答えた方へ		
	①渡航歴のある方はどなたですか	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	②渡航先		
	③渡航期間	_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日	_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日
④渡航先で入院・手術など、医療行為を受けましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	

※ 現在入院中の場合は、医療機関担当者の記入欄 ※

現在入院中の医療機関名 (_____)
記載内容確認者名 (_____)

入院可 → 事務担当 _____
 入院調整 → TSC 担当 _____