

相談先：むつ総合病院
 相談窓口電話 (0175) 22-2111 (代)
FAX送信先 (0175) 23-1173
 相談窓口対応 (平日営業日9:00~11:00)

2020年11月策定

むつ総合病院
下北地域 発熱患者等相談票・問診票

紹介元	
紹介者	

相談日時	202 年 月 日 () 時 分		
相談者氏名	続柄		
	電話番号(携帯)		
ふりがな	生年月日		T S H R 年 月 日
患者氏名			() 歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業	
住所	電話番号(携帯)		
保険証保険者番号	本人・家族	記号	番号

※むつ総合病院記入欄

※むつ総合病院患者番号	※車ナンバー	※車での来院
	車種	色
		可・不可
※予約診察日時	202 年 月 日 ()	午前・午後 : ~

<問診内容>

<p>1 症状 (発症日 月 日)</p> <p>(1) 発熱: <input type="checkbox"/>あり (現在 °C) <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>最高 (°C) <input type="checkbox"/>解熱剤服用 ()</p> <p>(2) 呼吸器症状: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>息苦しさ <input type="checkbox"/>咳 <input type="checkbox"/>痰 <input type="checkbox"/>咽頭痛 <input type="checkbox"/>鼻水</p> <p>(3) その他の症状: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>強いだるさ(倦怠感) <input type="checkbox"/>関節痛 <input type="checkbox"/>頭痛 <input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>味覚・嗅覚障害 <input type="checkbox"/>胸痛</p> <p>(4) <input type="checkbox"/>高齢者 (5) <input type="checkbox"/>妊婦 (6) 基礎疾患: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>心不全 <input type="checkbox"/>呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/>透析患者 <input type="checkbox"/>免疫抑制剤使用 <input type="checkbox"/>抗がん剤使用 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p style="text-align: center;">*かかりつけ医</p>	<p>症状経過メモ</p>
---	----------------------

<p>2 受診 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>(1) 初診 年 月 日</p> <p>(2) 医療機関名</p> <p>(3) 検査の実施 <input type="checkbox"/>インフルエンザ(結果) その他 (4) 投薬(解熱剤) <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 処方内容 () 日分処方</p> <p>3 発症2週間以内の海外渡航歴 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>(1) 渡航時期: 月 日~ 月 日 (2) 渡航国: ()</p>	<p>感染症流行状況</p> <p>周りでインフルエンザの流行 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし (どこで)</p>
---	---

<p>4 発症2週間以内の県外移動歴 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>時期、場所</p> <p>5 海外、県外からの訪問者 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>時期、場所</p> <p>6 コロナ陽性者との接触 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>(1) 接触時期: <input type="checkbox"/> 月 日 (14日以内) (2) 接触した患者:</p>	<p>相談結果</p> <p><input type="checkbox"/>感冒疑い <input type="checkbox"/>インフルエンザ疑い <input type="checkbox"/>新型コロナウイルス疑い <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>医師サイン</p>
---	--