

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)

むつ総合病院
紹介元
紹介者

2021年9月改訂
下北地域 発熱患者等相談票・問診票

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)		<input type="checkbox"/> 不特定多数と接する職業	
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>

1 症状 (発症日 月 日)	症状経過メモ
(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 ()	
(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	
(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 <input type="checkbox"/> 頻尿	
(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 () *かかりつけ医	

2 受診 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	感染症流行状況
(1) 初診 年 月 日	周りでインフルエンザの流行
(2) 医療機関名	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(3) 検査の実施 <input type="checkbox"/> インフルエンザ(結果) その他	(どこで)
(4) 投薬(解熱剤) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 処方内容 () 日分処方	

3 発症2週間以内の県外、海外からの移動歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
(1) 移動時期: 月 日~ 月 日	
(2) 場所: ()	

4 県外、海外からの訪問者(不特定含む) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	相談結果
時期、場所	<input type="checkbox"/> 感冒疑い
5 新型コロナワクチン接種歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> インフルエンザ疑い
1回目 202 年 月 日 2回目 202 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス疑い

6 コロナ陽性者との接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> その他 ()
(1) 接触時期: <input type="checkbox"/> 月 日 (14日以内)	医師サイン
(2) 接触した患者:	