

新型コロナウイルス検査外来問診票および誓約書

公立学校共済組合 関東中央病院

2022年7月 改訂

氏名： _____ 住所： _____ 〒 _____ 電話番号： _____

職業： 教員 会社員 自営業 飲食業 学生 主婦 無職 その他 (_____)

電話番号は検査結果報告のために使用致します。必ず連絡がつく番号をご記入いただき、当院の電話番号には必ず出るようにしてください。留守番電話にメッセージを残すことはできませんのでご了承ください。

検査を受ける方と、検査結果をお伝えする方が異なる場合は 以下に記入して下さい

氏名：(続柄 _____) _____ 電話番号： _____

診療費請求先が異なる場合は以下に記入して下さい 〒 _____

氏名：(続柄 _____) _____ 住所： _____

①新型コロナウイルス陽性者、あるいは発熱や感冒症状を呈する人との接触はありますか？

なし

ありの場合→ 職場 家族 その他 (_____)

②該当する症状にチェックしてください

発熱 (最高 _____ 度)

倦怠感 ノドの痛み 咳 痰 鼻閉

頭痛 関節痛 味覚・嗅覚障害 下痢

なし

⑥症状はいつからありますか？

症状発症日： _____ 月 _____ 日

⑦新型コロナウイルスワクチン接種歴

なし あり→最終接種： _____ 回目 (_____ 年 _____ 月)

⑨内服しているお薬はありますか？

なし ありの場合→お薬手帳を提示ください

⑩現在、内服や通院など治療継続中の病気はありますか？

なし

高血圧 高脂血症 糖尿病

腎臓病 心臓病 脳血管疾患

喘息 肺気腫

その他 (_____)

⑫アレルギーはありますか？

なし あり (内容： _____)

⑬喫煙はされますか？

なし 禁煙した 現在も喫煙する

看護師記入欄 月 日 測定時間 : (測定者サイン _____)

BT: _____ 度 PR: _____ 回/分 BP: _____ / _____ mmHg RR: _____ 回/分 SpO2: _____ %