

問診票 兼 情報提供書

氏名		年齢	歳	性別	男・女	※施設欄	特発・TEL / 発熱 A・B ID ()
----	--	----	---	----	-----	------	---------------------------

A. 発熱とかぜ症状は、いつからですか

- 発熱 () 日前か (最高 . °C)
- 咳・鼻水 () 日前から ●息切れ、呼吸困難 () 日前から
- 全身倦怠感 () 日前から ●嗅覚・味覚の異常 () 日前から
- その他の症状 ()

以下の質問の回答を参考に、検査実施の判断を行います

B. インフルエンザの可能性が高い以下の症状がある はい→**インフル** いいえ

- 突然の高熱がでた
- 節々が痛む

C. 職場、学校の身近な人、家族にインフルエンザ患者がいる はい→**インフル** いいえ

D. 新型コロナの濃厚接触者として検査を指示された はい→**コロナa** いいえ

E. 新型コロナ接触確認アプリで受診を勧められた はい→**コロナa** いいえ

F. 新型コロナ感染症に特徴的な嗅覚・味覚の異常がある はい→**コロナa** いいえ

G. 居住地域、勤務地域は、新型コロナ流行が蔓延期にある はい→**<※1>** いいえ

H. 14日以内の流行地域への移動歴・居住歴と接触歴について

- 兵庫県以外の陽性例の報告のあった都道府県への移動歴（居住歴）がある
- 新型コロナのクラスター発生があった県内の圏域への移動歴（居住歴）がある
- 陽性例の報告のあった都道府県への移動歴（居住歴）のある者との濃厚接触がある
- 新型コロナのクラスター発生があった県内圏域への移動歴（居住歴）のある者との濃厚接触がある
- 新型コロナ患者と接触の可能性が疑われる（濃厚接触に該当しない接触疑い者）

上記 H. のいずれかに該当しますか はい→**<※1>** いいえ→**<※2>**

<※1>新型コロナ患者と接触の可能性あり

I. 新型コロナウイルス感染症の重症化リスクに該当しますか はい→**コロナa** いいえ→**コロナb**

- 高齢（60歳以上） 糖尿病 高血圧 心不全 慢性呼吸器疾患
- 腎臓病、透析中 その他 ()
- 免疫が低下する薬等の使用 免疫抑制剤の使用 抗がん剤の使用

J. 上記 I. の項目のいずれかに、同居のご家族が該当しますか はい→**コロナb** いいえ

K. 医療介護施設、サービス事業所の職員ですか はい→**コロナa** いいえ

L. ご家族が医療施設、介護サービス事業の職員ですか はい→**コロナb** いいえ

<※2>新型コロナ患者と接触の可能性低い

該当した項目に✓を入れてください。

- コロナa** ⇒ 新型コロナウイルスの検査実施を強く推奨
- コロナb** ⇒ 新型コロナウイルスの検査を考慮、希望があれば実施
- インフル** ⇒ インフルエンザの検査もしくは治療を医師と相談

紹介目的 診察・ 検査 令和__年__月__日 施設_____担当_____Dr・PHN

発症日 令和__年__月__日 SpO2__% (O2__L) 検査結果 インフルエンザ Ag + / - / 未 CRP____/未

処方 有・抗インフル薬 / 無 再診予定 有 / 無 / 随時可 追記事項_____

検査施設欄 検査日 令和__年__月__日 (発症から__日目) 酸素飽和度__% (O2__L)

検体 抗原検査 鼻咽頭ぬぐい、 唾液 PCR検査 喀痰、 鼻咽頭ぬぐい、 唾液、 ()

重症度 軽症 中等症 I 中等症 II 重症 無症状 医師署名 () Dr)

ID _____

受診者調査票

検査の説明と同意

- ★ 「新型コロナウイルスPCR検査もしくは抗原検査を受ける方へ」を読んで、十分に理解できましたか？ はい いいえ
- ★ 新型コロナウイルスPCR・抗原検査実施に、同意しますか？ はい いいえ

患者情報

ふりがな	生年月日		明・大・昭・平・令	年	月	日
氏名	年齢	歳	性別	男 ・ 女		
職業	(勤務先・学校等)					
住所	〒 -					
現在の居所						
常時連絡の取れる電話番号	(自宅)		(携帯)			
メールアドレス						
健康保険証情報	被保険者番号	記号	番号	枝番		
同居家族	<input type="checkbox"/> あり ()人		<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患者 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態者 <input type="checkbox"/> 妊娠者 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 介護従事者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> なし					

- 高齢者は60歳以上の方です
- 基礎疾患者は、糖尿病、心臓病、呼吸器疾患、腎臓病、透析中の方などです
- 免疫抑制状態者は、免疫抑制剤や抗がん剤を服用中の方です
- その他、新型コロナ流行時でも社会活動維持のために休むことができない仕事をされている方

患者本人以外の連絡者

ふりがな	続柄	
氏名		
住所	〒 -	
電話番号	(自宅)	(携帯)
メールアドレス		

上記の個人情報は、新型コロナ行政検査実施及び陽性時に必要な情報です。保険診療と感染の蔓延防止のために保健所が使用します。目的外には使用しませんので、ご理解の上、ご記入をお願いします。