

## 旭川医療センター初診申込書兼問診票

空欄に必要事項を記載し、該当項目に☑してください。

フリガナ		記入日	年 月 日
名 前		生年月日	年 月 日
性 別	男・女	当院受診歴	無し・有り (ID: )
住 所	〒 -		
電話番号	自宅 ( ) - ( ) - ( )		
	携帯 ( ) - ( ) - ( )		
当日の体温			

### 質問1 接触歴について 1~5いずれも該当なし

<input type="checkbox"/>	1) 過去14日以内に、患者本人が「新型コロナウイルス感染症濃厚接触者」と保健所から指定された。
<input type="checkbox"/>	2) 過去14日以内に、 <u>(患者本人の) 同居家族/同居知人が</u> 「新型コロナウイルス感染症濃厚接触者」と保健所から指定された。
<input type="checkbox"/>	3) 過去14日以内に、 <u>(患者本人と) 席の近い/長時間仕事を共にする職場同僚が</u> 「新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者」と保健所から指定された。
<input type="checkbox"/>	4) 過去14日以内に、 <u>患者本人が</u> 新型コロナウイルス感染症陽性の人と接触した。
<input type="checkbox"/>	5) 過去14日以内に、 <u>(患者本人の) 同居家族/同居知人、(患者本人と) 席の近い/長時間仕事を共にする職場同僚が</u> 新型コロナウイルス感染症陽性の人と接触した。

### 質問2 渡航歴・流行地への滞在歴について 1~2いずれも該当なし

<input type="checkbox"/>	1) 過去14日以内に、患者本人に <u>海外渡航歴</u> もしくは <u>国内流行地 (緊急事態宣言発令地域、患者発生数の増加傾向の都府県・道内市町村)</u> への往来・滞在歴がある。
<input type="checkbox"/>	2) 過去14日以内に、 <u>(患者本人の) 同居家族/同居知人、もしくは(患者本人と) 席の近い/長時間仕事を共にする職場同僚に</u> <u>海外渡航歴</u> もしくは <u>国内流行地 (緊急事態宣言発令地域、患者発生数の増加傾向の都府県・道内市町村)</u> への往来・滞在歴がある。

質問3 3密への出入りについて  該当なし

過去14日以内に、（患者本人が）3密（密閉・密集・密接）に該当する空間で飲食を伴う集会・会合に出席した。もしくは疑わしい空間に滞在した。

質問4 臨床症状について 14日以内に、患者本人の症状が該当する場合は☑する。

発熱	<input type="checkbox"/>	なし
	<input type="checkbox"/>	原因不明の37.5°C以上の発熱が急に出現し、1日1回以上出る。
	<input type="checkbox"/>	期間中に急に出現した37.5°C以上の発熱が1日1回以上あった。熱は下がったが、下がってから（解熱日を含め）4日以内である。
	<input type="checkbox"/>	期間中に急に出現した37.5°C以上の発熱が1日1回以上あったが、熱が下がってから（解熱日を含め）すでに5日以上である。
咳	<input type="checkbox"/>	なし
	<input type="checkbox"/>	乾いた咳が急に出現し、持続もしくは次第に悪化している。
	<input type="checkbox"/>	上記に該当しない咳。原因となり得る他の病気（気管支喘息等）がある。
呼吸苦 息切れ	<input type="checkbox"/>	なし
	<input type="checkbox"/>	急に呼吸が苦しくなったり、息切れが強くなったりしている。
	<input type="checkbox"/>	14日前以前から息切れ・呼吸苦はあるが、特に悪化していない。
嗅覚/ 味覚 異常	<input type="checkbox"/>	正常
	<input type="checkbox"/>	急に匂い、味を感じなくなった。
	<input type="checkbox"/>	以前からある症状。原因となりえる他の病気（副鼻腔炎等）がある。
倦怠感	<input type="checkbox"/>	なし
	<input type="checkbox"/>	これまでに感じたことのない倦怠感（だるさ）がある。
筋肉痛	<input type="checkbox"/>	なし
	<input type="checkbox"/>	筋肉痛（節々の痛み）がある。
咽頭痛	<input type="checkbox"/>	なし
	<input type="checkbox"/>	咽頭痛（喉の痛み）がある。
その他	<input type="checkbox"/>	自由記載：