**ＦＡＸ：０１２０－９３５－６３１（富山労災病院総合サポートセンター）**

**発熱症状等のある患者の紹介に係る問診票**

　当院にご紹介いただく際には、以下の問診項目をご確認いただき、診療情報提供書に、こちらの問診票を添えてご送付いただきますよう、ご理解とご協力をお願いたします。

※問診票の記入をお願いしたい方・・・以下の問診内容に該当する項目が１つ以上あ

る方。なお、同居家族の方に関する問診内容で、該当する項目が１つ以上ある方場合

も、問診票をご記入ください。

患者氏名：　　　　　　　　　（　　　歳）　　　　記入日：　　　年　　　月　　　日

◎　当日の体温（　　　　　　　　℃）

◎　以下の症状に当てはまるものがある場合、チェックを付けてください。

□咽頭痛・咽頭異和感　　□咳　　□嗄声　　□痰　　□鼻水　　□息苦しさ

□頭痛　　□嘔気　　□嘔吐　　□下痢　　□食欲がない　　□倦怠感

□味覚・嗅覚障害

上記の症状が始まった時期（　　　月　　　日　　　時頃）

◎　２週間以内に海外または県外に行かれましたか？　同居家族はどうですか？

□なし　　□あり（月日：　　　　　　地域：　　　　　　　　　）

◎　２週間以内に海外または県外の方と会食されましたか

　　□なし　　□あり（月日：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◎　新型コロナウイルス感染症（疑い）の人との接触はありませんか？　同居家族はどうですか？

□なし　　□あり（月日：　　　　　　状況：　　　　　　　　　）

◎　新型コロナワクチン接種はされていますか

　　□はい（　　　回　最終接種日　　　　　　　　　）□いいえ

以上

令和５年２月１４日改訂

令和５年６月１日改訂