

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 嘔声 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