

## 発熱スクリーニングシート

第一病院受診予定日 年 月 日

PCR検査のみ希望・検査、診察希望

医療機関名

医師名

PCR実施時の結果連絡 不要・要 FAX【 】

※太枠内は必ずご記入をお願いします。  
その他の項目は可能な範囲でご協力お願い致します。

第一病院受診歴	無・有
ふりがな	性別 男・女
患者氏名	日本語 (外国人のみ) 可・不可
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
住所	
電話番号	本人・家族 ( )
職業・勤務先・学校名	
基礎疾患等	高血圧・糖尿病・心臓病・脳血管疾患・肝臓病・腎臓病・透析・喘息・膠原病・悪性腫瘍・血液疾患・認知症・ ( )
現在服用中の薬	( )
妊娠(女性の方)	無・有
第一病院受診方法	自家用車 【車種 ( ) 色 ( ) ナンバー ( )】 自家用車以外 バス・タクシー・自転車・徒歩・ ( ) 到着後、院内に入らず【027-362-1811】へ電話するよう伝えてください。

## 2週間以内の行動歴

海外	月 日～ 月 日(場所: )
国内	月 日～ 月 日(場所: )
発熱等の症状がある方との接触	無・有 家族・職場・友人・ ( )
その他行動歴	居酒屋・カラオケ・スポーツジム・ ( )

## 症状

体温	℃	測定時刻 ( )
咳	無・有	下痢 無・有
呼吸困難	無・有	味覚障害 無・有
全身倦怠感	無・有	嗅覚障害 無・有
頭痛	無・有	咽頭痛 無・有
腹痛	無・有	発疹 無・有
嘔気・嘔吐	無・有	食事摂取 不可・可能

## 臨床所見

肺炎像 XP	無・有・未実施
CT	無・有・未実施
インフルエンザ迅速テスト	無・有・未実施
COVID-19抗原迅速テスト	無・有・未実施
その他検査	