

## 紹介患者 新型コロナウイルス関連チェックシート

氏名：		生年月日：大・昭・平・令・西暦		年		月		日
-----	--	-----------------	--	---	--	---	--	---

[1] 本日の体温 (\_\_\_\_)°C

[2] 10日以内に下記の症状がありましたか

 全て該当無し 発熱：(①\_\_\_\_月\_\_\_\_日から\_\_\_\_月\_\_\_\_日まで ②最高の熱\_\_\_\_°C\_\_\_\_月\_\_\_\_日) 咳：(\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃から) 咽頭痛：(\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃から) 嗅覚・味覚の変化：(\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃から)

[3] 今までにあなたが新型コロナウイルスに感染したことはありますか

 なし ある → (いつ：令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃)

[4] 10日以内にご家族の感染、又は職場及び周囲に新型コロナウイルス感染者がいましたか

 いない(→質問5へ) いる ① 誰が(ご関係)：(\_\_\_\_) いつ：(令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日頃)② (ご本人が)新型コロナウイルス検査を受けられましたか  受けていない  受けた

【検査を受けた方】←

① 検査日：(\_\_\_\_月\_\_\_\_日)

② 結果： 陰性  陽性③ 実施場所： 自宅(検査キット)  検査センター  病院・医院  その他(\_\_\_\_)

[5] コロナワクチンは接種されましたか

 未接種 接種したことがある・・・最終の接種について (\_\_\_\_)回目 (\_\_\_\_)年(\_\_\_\_)月

当院へご紹介いただく際、診療情報提供書とともにFAXしてください

上記を総合的に判断し、新型コロナウイルス感染症を否定できない場合は 静岡県発熱等受診相談センターに連絡してください。  
【平日：8:30～17:15】 050-5371-0561 ・ 050-5371-0562 【上記以外・土日含む】 050-5371-0561