

発熱・せき・かぜ症状で受診された方へ

ID: _____

お名前 (_____) 車番 _____ : 車色 _____

受診日: _____ 時 _____ 分

体温: _____ °C SpO2 _____ %

- コロナワクチン接種されましたか? はい (_____ 回) いいえ
- 保健所への連絡はされましたか? はい いいえ
- せきはいつから (またはどれくらい) 続いていますか?
(_____) から または (_____) 日間 • なし
- 熱はありますか? (またはどれくらい) 続いていますか?
(_____) から または (_____) 日間 • なし
- せき、熱 以外にあてはまる症状を○でかこんでください
ひどいだるさ・息苦しい・寒気・はなみず・はなづまり・のどがいたい
のどがはしかい(違和感)・食欲がない・頭痛
- この2週間ほどの間に、旅行や人ごみ等、いつもの生活とちがう場所にでかけましたか?
いいえ・はい (自由に書いてください) _____)
- あなたの周りに同じような症状の方はいましたか?
いいえ・はい (自由に書いてください) _____)
- ここへの受診前に、何かくすりを飲みましたか?
いいえ・はい (自由に書いてください) _____)
- いままで喘息といわれたことはありますか?
いいえ・はい (自由に書いてください) _____)
- たんはでますか?
いいえ・はい【 たんの色はわかりますか? (透明・白色・黄色・緑色・血痰・わからない) 】
- 咳について、下のあてはまるものを○でかこんでください ※ いくつでも
 - 会話したり、わらったりすると咳がひどくなる
 - 夜ふとんに入ると咳がひどくなる
 - いちど寝ても、咳がひどくて何度もおきる
 - いちど咳がでだすと、なかなかとまらない
 - 夜より日中活動中に咳がひどい
 - 明け方に咳がひどい(上記以外 自由にかいてください) _____)

厚生労働省の規定する「新型コロナウイルス感染症に係わる診療報酬上の取り扱い」に基づき「院内トリアージ実施料」550点(3割負担で1,650円)を算定しております。

以下は 医院での記入欄ですので、回答は不要です。

医院記入欄

- 車 ・ 徒歩 ・ バス ・ バイク ・ 自転車 ・ その他 ()
- レントゲン実施 なし・あり
- 採血 なし・あり ・ CRP (mg/dl :)
- インフルエンザ抗原：実施なし 実施 - ・ A+ B+

• 一時的診断：

URI・PIC・AC・CVA

インフルエンザ・気管支炎・副鼻腔炎・肺炎n COPD 増悪・喘息

その他 _____

N/S Neither S S/S

• その他特記事項

未成年・妊婦・授乳中・COPD・その他 (_____)

- ACA、NSAID その他解熱剤
- 鎮静剤
- コデイン
- 去痰剤
- PL 等
- OCS・セレスタミン
- ICS 等
- ABx (NQS、AZM 等、βラクタム)
- Anti-virals