

電話問診票 (電話での初診料・再診料がかかる事を説明)

聴取者名： _____

(記入日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 / _____ 時 _____ 分)

① ふりがな 名前			性別
			<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
② 生年月日	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 70 歳以上	<input type="checkbox"/> 69 歳以下
③ 住所	〒 _____	電話	
		携帯	
④ 保険者番号		記号・番号	

⑤ 治療中の疾患等
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 透析中 <input type="checkbox"/> 高度肥満 (BMI 30 以上) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤使用中 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> その他： _____

⑥ 感染機会 (最近 2 週間)	三密の状況	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
	発熱者・体調不良者との接触	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし

⑦ 37.5°C以上の発熱または通常より 1°C以上の高体温	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
⑧ 味覚嗅覚異常	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
⑨ 咳・痰または強い咽頭痛	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
⑩ 強い倦怠感	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
⑪ 息切れ・呼吸困難	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
⑫ その他の症状など	<input type="checkbox"/> あり (症状： _____) ・ <input type="checkbox"/> なし