

# 内視鏡センター 問診票

ver1

プリンターラベル

受診日	年	月	日
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
年齢・生年月日	年	月	日 ( 歳)
14日以内の海外渡航歴/居住歴	<input type="checkbox"/> あり ( 月 日 ~ 日間, 渡航/居住先: ) <input type="checkbox"/> なし		
集会 (50人以上) への参加歴 (14日以内)	<input type="checkbox"/> あり ( 月 日) <input type="checkbox"/> なし		
ライブハウス参加歴 (14日以内)	<input type="checkbox"/> あり ( 月 日頃) <input type="checkbox"/> なし		
新型コロナウイルス感染症患者との接触歴	<input type="checkbox"/> あり ( 月 日頃) <input type="checkbox"/> なし		

## 1.最近の症状の有無についてチェック・記載をお願いします。

項目		
A	37.5℃前後またはそれ以上の発熱が1週間以上つづく (15歳未満、65歳以上、妊婦、合併症のある場合は4日) 解熱剤・鎮痛剤を服用している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 月 日頃から <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
B	感冒様症状 (せき、たん等) が1週間以上つづく (15歳未満、65歳以上、妊婦、合併症のある場合は4日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

## 2.また下記の症状についてチェック・記載をお願いします。

項目		
C	さらに高い発熱となっている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (体温 °C)
D	息苦しさが強くなっている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
E	倦怠感が強くなっている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
F	意識状態がいつもとちがう (例: ぼーっとしているなど)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
G	下痢症状がひどくなっている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
H	味覚・嗅覚障害がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
I	他に新たに出た症状や、悪くなった症状があれば記載してください。	

以上のことを看護師が確認 ( )Ns

## 3.診察医の判断 ( ) Dr

<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症否定的にて通常内視鏡検査が可
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症疑いで内視鏡検査を中止する