

## 発熱チェックシート（紹介患者用）

記載日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 記載者  本人  本人以外（続柄：\_\_\_\_\_）  医療従事者  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T・S・H・R \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 性別  男  女  
患者携帯番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 車種（ \_\_\_\_\_ ）色（ \_\_\_\_\_ ）  
ナンバー（ \_\_\_\_\_ ）  
本日受診予定の診療科（ \_\_\_\_\_ 科） 本日の体温（ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ °C）

### 1. 次のような症状があるか

- 1) 37.5°C以上または平熱より1°C以上高い発熱  
 なし  あり（ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日頃から）
- 2) 上気道症状（のどの痛み、せき、鼻水など）  
 なし  あり（ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日頃から）
- 3) 呼吸器症状（息苦しさ、息切れなど）  
 なし  あり（ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日頃から）
- 4) 倦怠感  
 なし  あり（ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日頃から）
- 5) 頭痛、筋肉痛、関節痛  
 なし  あり（ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日頃から）
- 6) 消化器症状（嘔吐、下痢）  
 なし  あり（ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日頃から）
- 7) その他の症状（ \_\_\_\_\_ ）

### 2. 同居者で発熱、具合の悪い方はいるか

- なし
- あり … 誰（ \_\_\_\_\_ ） いつから（ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日頃）  
どのような症状（ \_\_\_\_\_ ）

### 以下は【焼津市立総合病院職員対応】

- ①医師に確認を取りコロナ検査の有無を確認する
- ②検査代金は5類になったため保険診療となること伝える（公費は出なくなる）
- ③有熱対応に依頼する（6月以降は検討中）

確認者（ \_\_\_\_\_ ）