

要介護患者（サービス利用者）様 体調不良時 問診票

1. 患者の基本情報

患者名： _____（ 歳）電話診療の同意 あり・なし 担当ケアマネ(所属、氏名)： _____
月 日 時 記入者(所属)： _____ 連絡(返信)先：TEL _____ FAX _____

2. どのような症状ですか？（該当するものすべてにチェックしてください。）

- 発熱（最高体温 _____ いつからか？ _____）
- 気道症状（当該症状に○ 咳、痰、喉痛、鼻水、息苦しさ _____ いつからか？ _____）
- 倦怠感(元気がない) 嗅覚、味覚障害 下痢
- その他（具体的に： _____）

3. 症状経過を詳しく教えてください。（いつ頃から始まって、どのような経過ですか？）

4. 現在のおおよその状態を教えてください。（可能な範囲で）

- 1)バイタルサイン 体温： _____ 血圧(脈)： _____ () 酸素飽度： _____ %
- 2)食事：摂取できず 低下 不変 3)水分：摂取できず 低下 不変 4)ADL：低下 不変
- 5)その他(_____)

5. 同居者や家族、関係者に体調不良の人はいますか（概ね2週間程度の間に）？

- はい（具体的な症状： _____） いいえ

6. 過去2週間に以下の人たちと15分以上の接触はありましたか？

- 1) 新型コロナウイルス（疑い）患者（もしくは濃厚接触者） はい いいえ
- 2) 感染流行地域から移動してきた人 はい いいえ

7. 必要時には発熱患者専用の外来を受診することは可能ですか？

- はい いいえ（理由？ _____）

8. その他主治医に伝えたいことはありますか？

<主治医からの回答>回答内容を FAX または電話にてご連絡いただき、診療録に残してください。

- 症状が軽いため明日まで様子を見て、再度経過をお知らせください。
- 当院の外来を受診してください。（月 日 時頃来院してください）
- 当院より往診をします。（月 日 時頃の予定です）
- 発熱者専門外来を紹介しますので、受診してください。
- 入院加療が必要と考えられるので、当院より紹介をします。（医療機関 _____）
- 緊急性が高いと考えられるので、救急車を要請してください。
- その他（ _____ ）

医療機関： _____ 医師名： _____