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

1. **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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
2. **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( 　　　　 )

1. **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

1. **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

1. **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？　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. **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：

医療機関：　　　　　　　　　　医師