

受診するときに役立つメモ (新型コロナウイルス感染症用)

いつからどのような症状が出ているのか、正確に伝えられるよう、あらかじめメモにまとめて持参すると診察の役に立ちます。また、処方されている薬がある場合は、**お薬手帳**など処方内容が分かるものを持参しましょう。受診時に聞いておきたいことも、メモにまとめておくと役に立ちます。

ふりがな 氏名:	生年月日: 年 月 日 ()	男・女
-------------	----------------------------	-----

※事前にかかりつけ医等に電話し、症状を伝えてから受診しましょう

◆自覚症状 (あてはまる症状の番号に○をしてください)

1. 体調が悪くなったのはいつからですか? (月 日から)
 2. 発熱 (°C 月 日から)
 3. せき (たんが出る・たんは出ない)
 4. 倦怠感
 5. 食欲不振
 6. 呼吸困難 (息切れ、息が荒い等)
 7. のどの痛み
 8. 頭痛
 9. 下痢
 10. 吐き気
 11. おう吐
 12. 腹痛
 13. 筋肉痛
 14. その他 ()
- ◎症状はひどくなっていますか? (はい ・ いいえ)

◆かかったことのある病気・治療中の病気 (ない ・ ある ⇒あてはまる番号に○をしてください)

1. 高血圧
2. 心臓病
3. 糖尿病
4. 抗がん剤治療
5. 脳血管疾患
6. 慢性肺気腫
7. 慢性腎臓病
8. 透析治療
9. 慢性肝疾患
10. 関節リウマチ
11. 膠原病
12. HIV
13. ぜんそく
14. その他 ()

◆その他

1. 新型コロナウイルス感染者と接触したことがありますか? (ない ・ ある)
(ある⇒その方との関係は? 1. 家族 (同居 ・ 別居) 2. 知人 3. その他 ())
・最初に会ったの日付は (年 月 日) 最後に会った日付は (年 月 日)
・あった時の状況は 1. 長時間一緒にいた 2. 同じ部屋にいた
3. 相手の治療・看病をした 4. 短時間一緒にいた 5. その他 ()
2. 症状が出る2週間前から今日までに、海外旅行に行ったことがありますか?
(ない ・ ある ⇒ 滞在先:)
3. 症状が出る2週間前から今日までに、医療機関を受診したことがありますか?
(ない ・ ある ⇒ 医療機関名:)
4. (女性の方のみ) 現在妊娠していますか? (いいえ ・ わからない ・ はい ⇒ 週)

・受診時に聞いておきたいこと