

こうらクリニック 感染症トリアージシート

20200505COVID-19-04

診察日 2020年 月 日 () 時 分 氏 名

現在の体温 °C (平熱 °C)

いつからどんな症状ですか？ 具体的にお書きください。

()

ここ数日の間、発熱はありましたか？ (いいえ ・ はい 最高は °C)

咽頭痛はありますか？ (いいえ ・ はい)

現在、咳が出ていますか？ (いいえ ・ はい 痰がらみ あり なし)

息苦しさ（呼吸困難）はありますか？ (いいえ ・ はい)

体のだるさ（倦怠感）はありますか？ (いいえ ・ はい)

味覚異常・嗅覚異常はありますか？ (いいえ ・ はい 味しない 臭いしない)

結膜炎（目の赤みや痛み）はありますか？ (いいえ ・ はい)

手足のゆびにしもやけのような痛みや赤みはありますか？ (いいえ ・ はい)

腹痛やはきけや下痢はありますか？ (いいえ ・ はい 腹痛 嘔気 下痢)

ご家族に発熱や風邪の症状がありますか？ (いいえ ・ はい 誰？)

新型コロナウイルス感染確定者との濃厚接触ありますか？ (いいえ ・ はい)

密閉空間（換気不良）はありましたか？ (いいえ ・ はい どこ？)

密集場所（多数集合）はありましたか？ (いいえ ・ はい どこ？)

密接場面（間近で会話）はありましたか？ (いいえ ・ はい どんな？)

キャバクラ、バー、ナイトクラブに行きましたか？ (いいえ ・ はい どこ？)

帰国者や外国人と濃厚接触しましたか？ (いいえ ・ はい)

裏面もご記入お願いします。

