

## 小児科発熱外来申込書

患者番号 (診察券番号)	
ふりがな	
氏 名	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
住 所	
携帯番号	母 父

2020.10.1

# 問 診 票

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月 体重は？( \_\_\_\_\_ kg)

該当するものを○でかこんで下さい ( 来院時体温 \_\_\_\_\_ ℃ )

1. 今日どのような症状で来院されましたか？

発熱 ( 最高 \_\_\_\_\_ ℃ 、 いつからですか？ \_\_\_\_\_ )

咳 鼻水 ぜいぜいしている 下痢 ( 軟便 泥状便 水様便 )

腹痛 嘔吐 ポツポツが出ている ( 顔、体、 \_\_\_\_\_ )

その他の症状 ( \_\_\_\_\_ )

2. その症状はいつからですか？ ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ )

3. 今朝の体温は？ ( \_\_\_\_\_ ℃ )

4. この1週間で家族に熱や咳のある人はいますか？

いない、いる ( だれ？ \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_ )

5. 集団生活していますか？ はい、いいえ

そこで発熱や咳の子はいますか？ はい、いいえ

6. 新型コロナウイルス感染者と接触がありますか？

なし  あり ( 知人、家族 )

7. 新型コロナウイルスワクチン接種

未  済 ( 1回、2回 )

連絡先:	①氏名	• TEL
優先順に	(続柄)	)
	②氏名	• TEL
	(続柄)	)



◆◆◆ 自宅・宿泊施設療養のためのヒアリングシート ◆◆◆

※LGWANにて送付ください。

神奈川県 健康医療局 医療危機対策本部室 感染症対策G、IT入力班 行  
( ## )

記入日: 西暦 2021 年 月 日  
(令和3 年)

HERSYS ID: 月 日  
陽性判明日: 月 日

症状が比較的軽症の方は自宅または宿泊施設での療養をお願いいたします。  
療養時のリスクの把握や自治体等からのフォロー体制の準備のために、以下の項目に回答をお願いいたします。  
(該当する記号に●(択一式)、■(複数回答可)をつけてください。)

1.基本情報(Basic information)

※日付の区切りは"/"(スラッシュ)

* 読み仮名(カタカナ限定) 名前/Name	漢字・英字等	性別	生年月日/B.D.	(満 / (未) / 歳)
* 電話番号/Tel (※) 携帯	0 - -	LINE登録 Register to LINE	○ あり ○ なし ○ 登録 予定	
所在地 /Address	郵便番号/Zip Code	市区町村	字名 地番	建物名・マンション名等 職業

※LINEでフォローを受けられる方は、LINEに登録している電話番号を携帯番号欄へ記載してください。

2.医療情報(Medical information)

かかりつけ病院 (担当医、Tel)	○ なし ○ あり (病院名) (担当医)	(TEL) 0 - -
服用中の薬	○ なし ○ あり 症状	薬品名(商品名) ( 日分)
アレルギー情報	○ なし ○ あり 内容・症状	[上記でじんま疹以上の症状の有無] ○ なし ○ あり
既往歴	○ なし ○ あり [病名]	
* 妊娠の有無(患者本人)	○ なし ○ あり( 週)(かかりつけ医: )	

3.日常生活自立の状況(Daily life independence level)

\* 宿泊施設での療養を検討する場合の項目です。

支援を受けることなく一人で日常生活を送れますか?	○ はい ○ いいえ ○ その他[ ]
指定の場所・時間に食事を取りに行けますか?	○ はい ○ いいえ ○ その他[ ]
洗濯等を手洗いで自分で行うことができますか?	○ はい ○ いいえ ○ その他[ ]
緊急時に介助なく避難することができますか?	○ はい ○ いいえ ○ その他[ ]
仕事や私物等の荷物を受け取れないことに同意できますか?	○ はい ○ いいえ ○ その他[ ]
生活保護受給	○ なし ○ あり
保険証 (記号・番号・保険者番号)	記号 番号 保険者番号

4.災害時に備えた情報提供の取扱い(Provision of personal information)

自宅療養及び宿泊療養期間中に、大規模な台風や大地震などの災害発生に備え、生命、身体の安全を守るため、お住まいの市町村に個人情報を提供する必要があります。

○ 情報提供することに同意します ○ 情報提供することに同意しません

【保健所記入欄】別紙「自宅宿泊者の個人情報提供の同意確認チェックリスト」に沿って説明、聞き取り

確認者名( ) 確認日時( / / )

提供に関する説明の実施

自宅療養者の意思の確認(本人の同意) ○ あり ○ なし

UD より多くの人へ適切に情報を伝えられるよう配慮したユニバーサルデザインフォントを採用しています。空間に余裕のある文字で視認性・可読性を確保し、誤読を防ぐシンプルな形状で読みやすさと高いデザイン性を備えています。  
FONT 見えにくい条件下での検証を繰り返すことで、視力や専門に左右されることなく幅広い年齢の方にとって読出しやすいよう設計されています。

※裏面に続く

5. 緊急連絡先(原則家族)(Emergency contact)

\* 緊急時に患者様と連絡が取れない場合に使用します。

Table with 2 rows for emergency contact. Columns include name, phone number, and relation. Both rows are filled with redacted information.

6. 外国籍の方(A citizen of foreign nationality)

Form for foreign nationality. Questions include: Can you speak Japanese? Can you read/write Japanese? What is your native language? English proficiency options: Possible/Not possible.

7. 食事・お体の状況(Physical condition)

Form for physical condition. Questions include: Any food restrictions? Are you eating normally? Are you hydrated? Are you sleeping? Any pain or discomfort? Options range from 'none' to 'strong'.

8. 住居や同居人等について (About your home, family or housemate)

Form for home and family. Questions: Does the patient have a private room? Are there other people living here? Includes a note: 'If you selected "Yes", please answer the following questions.'

Table with 2 columns: Question and Answer (Yes/No). Questions include: Elderly (65+), Basic diseases, Immunosuppression, Pregnancy, Healthcare workers, and Hospitalization.

9. ペットの有無について(About a pet)

Form for pet ownership. Question: Do you have a pet? (If yes, specify type and number).

10. そのほか症状等を含め、気になることありましたらご記入ください。(Please fill in anything you care about.)

Large empty text box for additional patient concerns or symptoms.

Complex form for care preferences. Includes: Care facility name, care type (home care/hospital), start/end dates, and consent for home care services. Includes a note about consent for home care services.

Font information: 多くの入会者様に提供を促されるよう配慮したユニバーサルデザインフォントを採用しています。空欄に余白のある文字で視認性・可読性に優れており、誤読を防ぐシンプルな形状で読みやすさと高いデザイン性を備えています。FONT 見えにくい条件下での検出を繰り返すことで、視力や環境に左右されことなく幅広い年齢の方にとって監視しやすいよう設計されています。