

(緊急受診患者さま用)

【感染症チェック票】

市立吹田市民病院 宛 FAX : 06-6387-3315

サーサイコウ

医療機関名 : _____

患者氏名 : _____ (_____ 歳)

携帯番号 : _____

←下記チェック有の場合は、携帯番号の記入をお願いします

有に該当した場合

項目	直近2週間の状態 (有の場合はその期間)	原因となる基礎疾患の有無
発熱	本日の体温 (_____ 度) 37度以上 (_____ / _____ ~ _____ / _____) (突発的な発熱も含む)	無 / 有 (_____)
咳	無 / 有 (_____ / _____ ~ _____ / _____)	無 / 有 (_____)
呼吸困難 (息苦しさ)	無 / 有 { <input type="checkbox"/> 平時 <input type="checkbox"/> 動作時 Sat (_____) (_____ / _____ ~ _____ / _____)	無 / 有 (_____)
倦怠感	無 / 有 (_____ / _____ ~ _____ / _____)	無 / 有 (_____)
下痢	無 / 有 (_____ / _____ ~ _____ / _____)	無 / 有 (_____)
味覚・嗅覚障害	無 / 有 (_____ / _____ ~ _____ / _____)	無 / 有 (_____)
その他の症状	無 / 有 (咽頭痛・鼻汁・頭痛・腹痛・嘔吐 (_____ / _____ ~ _____ / _____))	無 / 有 (_____)
2週間以内の海外渡航歴 無 / 有 (_____ / _____ ~ _____ / _____ 場所 _____)		
新型コロナ陽性患者 (同居家族も含む) との接触		
無 / 有	(本人 ・ 家族 ・ 学校 職場 ・ その他 (_____))	→ (接触日 _____ 月 _____ 日)
新型コロナワクチン接種 無 / 有 (_____ 回接種) (最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)		

※状況によっては患者さまへ直接連絡する場合がございますのでご了承ください

【問い合わせ先】

市立吹田市民病院 患者支援センター 地域医療連携部門

TEL:06-6387-3805 FAX:06-6387-3315