　　　　　　　　　　　　　 お名前

生年月日　 　　　年　　　 　月　　　 日

【問診票】

□　新型コロナウイルス感染症と診断がついた方との濃厚接触があった。

□　２カ月前までの海外渡航歴がある。

□　37.5℃以上の発熱が4日以上つづく。

□　現在治療中の基礎疾患があり、37.5℃以上の発熱が2日以上続く。

□　妊娠している。

□　透析を受けている。

□　下記の症状を認める。

□強い倦怠感　□咳　□痰　□息苦しさ　□のどの痛み

□味覚障害　□嗅覚障害　□下痢

□　これまでに相談センターへ電話相談し、かかりつけ医受診を指示された。

【当院記入欄】

□　診察時体温：

□　診察時血中酸素飽和度：

　　　　　　93％以下への低下　 □あり　□なし

□　レントゲン所見：

　　　　　　肺炎を疑わせる所見　□あり　□なし

□　採血所見：

□白血球数正常：　　　　　　　　　（□リンパ球減少）

□血小板数減少：

　　□GOT上昇：　　　　　　□GPT上昇：　　　　　　□ALP上昇：

□LDH上昇：

□CRP上昇：　　　　　　□フェリチン上昇：

　　□プロカルシトニン正常

□その他の診察時所見・現在の投薬内容