

## 帰国者・接触者外来相談票(発熱者等)院内用

連絡日時	年 月 日 ( 曜日 ) 14:00 ・ 15:00 ・16:00			
相談者の情報	氏名		ふりがな	
	生年月日	T・S・H・R・西暦	年 月 日	( 歳)
	性別	男性 ・ 女性	担当医師	医師
	電話	( ) -		
	住所	〒 -		

保険情報	国保・社保・生保・無保険		
支払方法	現金 ・ ペイペイ	付添	あり・なし
来院方法	ドライブスルー(自家用車) ・ 感染部屋対応(第①診察部屋・第②診察室)		

相談者の症状	発熱	無 ・ 有 ( . °C)【いつから: 】
	感冒症状	無 ・ 有 【咳・痰・その他 いつから: 】
	息苦しさ・倦怠感	無 ・ 有 【いつから: 】
	濃厚接触歴	無 ・ 有 【 】
	味覚・嗅覚異常	無 ・ 有 (味覚・嗅覚)【いつから: 】
	渡航歴	無 ・ 有 (国名: )期間:

既往歴	
-----	--

≪医師記入欄≫

担当職員	看護師:	医事課:
------	------	------