

RECEPTION DESK FOR TRIAGE OF PATIENTS WITH FEVER MEDICAL QUESTIONNAIRE

発熱トリアージ窓口 問診票

Please fill out this form. Our nurse will be with you. Please wait.

下記の内容にお答えください。記入後、看護師が回収いたします。そのまま、お待ちください。

Name: _____ Data of Birth Year: _____/Month _____/Date: _____
氏名 生年月日 西暦 年 月 日

1. What symptoms have you experienced? When did you first experience the symptoms?

いつから、どのような症状がありますか

When: () Today / () Yesterday / _____ days ago
いつから 今日から 昨日から 日前から

Symptoms : どのような症状	<input type="checkbox"/> Fever 熱	<input type="checkbox"/> Runny Nose 鼻汁	<input type="checkbox"/> Nasal Congestion 鼻づまり	<input type="checkbox"/> Taste disorders 味覚障害	<input type="checkbox"/> Smell disorders 嗅覚障害
	<input type="checkbox"/> Cough 咳	<input type="checkbox"/> Fatigue 倦怠感	<input type="checkbox"/> Difficulty breathing 呼吸困難感	<input type="checkbox"/> Chest pains 胸痛	<input type="checkbox"/> Others その他

2. Have you been under observation from the health center since you have been identified as a close contact of a confirmed COVID-19 cases? (Have you received a phone call from the health center?)

新型コロナウイルス感染症の患者と接触歴があるために保健所の観察対象となっていますか (保健所から連絡がありましたか)

()	Yes, I have. (The health center contacted me.) 観察対象となっている (保健所から連絡があった)
()	No, I haven't. (The health center didn't contact me.) 観察対象となっていない (保健所から連絡はない)
()	I haven't had close contact. 濃厚接触はない

3. If you have had close contact with someone with COVID-19, who are they?

濃厚接触があった場合、それは誰ですか

<input type="checkbox"/> Household member(s) 同居者	<input type="checkbox"/> Colleague(s) 会社の同僚	<input type="checkbox"/> Friend(s) 知人・友人	<input type="checkbox"/> Others その他
---	--	---	--

4. If you live with someone, did anyone of your household members have fever or respiratory symptoms 14 days ago?

同居されている方がいる場合、発熱や呼吸器症状が2週間前に認められた方はいますか

 Yes (いる) No (ない)

5. Have you been to large gatherings within 14 days?

2週間以内に、不特定多数の人が密集する場所に行ったことはありますか

 Yes (ある) No (ない)When: () Today / () Yesterday / _____ days ago
いつ 今日 昨日 日前

Place: 場所	<input type="checkbox"/> Clubs ライブハウス	<input type="checkbox"/> Gyms スポーツジム	<input type="checkbox"/> Bars 居酒屋	<input type="checkbox"/> Events イベント	<input type="checkbox"/> Churches 教会	<input type="checkbox"/> Others その他
--------------	--	---	--------------------------------------	---	---	--

6. Have you experienced taste or/and smell disorders?

味覚障害、嗅覚障害はありますか

 Yes (ある) No (ない)When: () Today / () Yesterday / _____ days ago
いつ 今日 昨日 日前から

7. Do you live in the same household as someone with the symptoms above?

上記の症状がある方と同居していますか

 Yes (いる) No (ない)

Who: 誰ですか	<input type="checkbox"/> Grandfather 祖父	<input type="checkbox"/> Grandmother 祖母	<input type="checkbox"/> Father 父	<input type="checkbox"/> Mother 母	<input type="checkbox"/> Spouse 配偶者
	<input type="checkbox"/> Partner パートナー	<input type="checkbox"/> Siblings 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> Child(ren) 子	<input type="checkbox"/> Grandchild(ren) 孫	<input type="checkbox"/> Others その他

8. If you have any questions and concerns, please write them down.

その他、気になることがあれば記入してください

以下、病院記載 (医師の✓記載)

- 診察のみ → 外来診療・検査へ
 抗原検査 → 結果陰性のため、外来・検査へ
 PCR 検査実施 ER 受診へ

发热审查窗口 门诊票

発熱トリアージ窓口 問診票

请回答下述内容，填写后护士会来回收，请稍等。

下記の内容にお答えください。記入後、看護師が回収いたします。そのまま、お待ちください。

姓名: _____ 出生年月 年 _____ 月 _____ 日 _____
 氏名 生年月日 西暦 年 月 日

1. 从什么时候开始，有什么症状？

いつから、どのような症状がありますか

开始时间: () 今天开始 _____ 天前开始

いつから 今日から 日前から

具体症状 どのような症状	<input type="checkbox"/> 发热 熱	<input type="checkbox"/> 鼻涕 鼻汁	<input type="checkbox"/> 鼻塞 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 味觉障碍 味覚障害	<input type="checkbox"/> 嗅觉障碍 嗅覚障害
	<input type="checkbox"/> 咳嗽 咳	<input type="checkbox"/> 疲劳 倦怠感	<input type="checkbox"/> 呼吸困难 呼吸困難感	<input type="checkbox"/> 胸疼 胸痛	<input type="checkbox"/> 其他 その他

2. 和新型冠状病毒感染症者接触过，并且成为保健所观察对象？（保健所给您联系了吗？）

新型コロナウイルス感染症の患者と接触歴があるために保健所の観察対象となっていますか（保健所から連絡がありましたか）

()	是观察对象（保健所来过联系） 観察対象となっている（保健所から連絡があった）
()	不是观察对象（保健所没有来过联系） 観察対象となっていない（保健所から連絡はない）
()	不是浓厚接触者 濃厚接触はない

3. 如果是浓厚接触者，请问是谁？

濃厚接触があった場合、それは誰ですか

<input type="checkbox"/> 同居人 同居者	<input type="checkbox"/> 同事 会社の同僚	<input type="checkbox"/> 朋友 知人・友人	<input type="checkbox"/> 其他 その他
-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

4. 如果是同居者，是在2周前就开始有发热和呼吸症状了吗？

同居されている方がいる場合、発熱や呼吸器症状が2週間前に認められた方はいますか

 是(いる) 不是(ない)

5. 2周内，您去过很多人密集的场所吗？

2週間以内に、不特定多数の人が密集する場所に行ったことはありますか

 是(ある) 不是(ない)

▶ 什么时候: () 今天 _____ 天前
 いつ 今日 日前

场所: 場所	<input type="checkbox"/> 歌剧会场 ライブハウス	<input type="checkbox"/> 健身房 スポーツジム	<input type="checkbox"/> 居酒屋 居酒屋	<input type="checkbox"/> 大型活动 イベント	<input type="checkbox"/> 教会 教会	<input type="checkbox"/> 其他 その他
-----------	---	--	-------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

6. 有味觉障碍和嗅觉障碍吗？

味覚障害、嗅覚障害はありますか

 是(ある) 不是(ない)

▶ 什么时候: () 今天 _____ 天前
 いつから 今日から 日前から

7. 和上述症状者同居吗？

上記の症状がある方と同居していますか

 是(いる) 不是(ない)

是谁: 誰ですか	<input type="checkbox"/> 祖父 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母 祖母	<input type="checkbox"/> 父亲 父	<input type="checkbox"/> 母亲 母	<input type="checkbox"/> 配偶 配偶者
	<input type="checkbox"/> 同居者 パートナー	<input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 子 子	<input type="checkbox"/> 孙 孫	<input type="checkbox"/> 其他 その他

8. 其他想咨询的请写下来

その他、気になることがあれば記入してください

以下、病院記載（医師の✓記載）

- 診察のみ → 外来診療・検査へ
 抗原検査 → 結果陰性のため、外来・検査へ
 PCR 検査実施 ER 受診へ

FICHA DE AVALIAÇÃO PARA TRIAGEM DE FEBRE

発熱トリージ窓口 問診票

Por favor, responda às seguintes perguntas. Assim que preencher esta ficha, aguarde até a enfermeira vir a pegar sua ficha.

下記の内容にお答えください。記入後、看護師が回収いたします。そのまま、お待ちください。

Nome: _____ Data de nascimento Ano: _____/Mês _____/Dia: _____
氏名 生年月日 西暦 年 月 日

1. Quais os sintomas você está sentindo e há quanto tempo sente?

いつから、どのような症状がありますか

Há quanto tempo: () Começou hoje / _____ dias
いつから 今日から 日前から

Quais sintomas: どのような症状	<input type="checkbox"/> Febre 熱	<input type="checkbox"/> Coriza 鼻汁	<input type="checkbox"/> Obstrução nasal 鼻づまり	<input type="checkbox"/> Não sente gosto 味覚障害	<input type="checkbox"/> Não sente cheiros 嗅覚障害
	<input type="checkbox"/> Tosse 咳	<input type="checkbox"/> Fadiga 倦怠感	<input type="checkbox"/> Falta de ar 呼吸困難感	<input type="checkbox"/> Dor no peito 胸痛	<input type="checkbox"/> Outros その他

2. Está sob observação do Centro de Saúde, recebendo ligações para monitoramento da saúde?

新型コロナウイルス感染症の患者と接触歴があるために保健所の観察対象となっていますか（保健所から連絡がありましたか）

()	Sim, estou recebendo ligações de Centro de Saúde. 観察対象となっている（保健所から連絡があった）
()	Não, não recebi ligações de Centro de Saúde. 観察対象となっていない（保健所から連絡はない）
()	Não tive contato com nenhuma pessoa infectada. 濃厚接触はない

3. Caso tenha tido contato com alguma pessoa infectada pelo novo coronavírus, com quem?

濃厚接触があった場合、それは誰ですか

<input type="checkbox"/> Pessoas conviventes 同居者	<input type="checkbox"/> Colegas de trabalho 会社の同僚	<input type="checkbox"/> Amigos/ Conhecidos 知人・友人	<input type="checkbox"/> Outros その他
---	---	--	--

4. Alguém em casa estava com febre ou algum sintoma respiratório a duas semanas atrás?

同居されている方がいる場合、発熱や呼吸器症状が2週間前に認めた方はいますか

 Sim (いる) Não (ない)

5. Nas últimas duas semanas, esteve em algum local de aglomeração?

2週間以内に、不特定多数の人が密集する場所に行ったことはありますか

 Sim (ある) Não (ない)Quando: () Hoje / Há _____ dias
いつ 今日 日前

Onde: 場所	<input type="checkbox"/> Casas de show ライブハウス	<input type="checkbox"/> Academias スポーツジム	<input type="checkbox"/> Bares 居酒屋	<input type="checkbox"/> Eventos イベント	<input type="checkbox"/> Igrejas 教会	<input type="checkbox"/> Outros その他
-------------	--	--	---------------------------------------	--	--	--

6. Tem alguma dificuldade para sentir cheiro ou gosto (perda de olfato/paladar)?

味覚障害、嗅覚障害はありますか

 Sim (ある) Não (ない)Há quanto tempo: () Começou hoje / _____ dias
いつから 今日から 日前から

7. Tem alguém em casa com os sintomas acima?

上記の症状がある方と同居していますか

 Sim (いる) Não (ない)

Quem: 誰ですか	<input type="checkbox"/> Avô 祖父	<input type="checkbox"/> Avó 祖母	<input type="checkbox"/> Pai 父	<input type="checkbox"/> Mãe 母	<input type="checkbox"/> Cônjuge 配偶者
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) パートナー	<input type="checkbox"/> Irmão(a) 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> Filho(a) 子	<input type="checkbox"/> Neto(a) 孫	<input type="checkbox"/> Outros その他

8. Gostaria de acrescentar alguma informação adicional?

その他、気になることがあれば記入してください

以下、病院記載（医師の✓記載）

- 診察のみ → 外来診療・検査へ
 抗原検査 → 結果陰性のため、外来・検査へ
 PCR 検査実施 ER 受診へ