

フリガナ		Data de nascimento	Sexo	Anos
Nome		ano mês dia	masculino feminino	
Celular	- -	Endereço	〒 -	
Número de telefone	- -			
Ocupação	<input type="checkbox"/> Profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Instalações de assistência social <input type="checkbox"/> Policial <input type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> Professor <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Crianças do jardim de infância <input type="checkbox"/> Restaurantes <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Outros ()			
Local de trabalho · Escola		Local de trabalho		
Temperatura corporal atual	℃	SPO2	%	脈拍

1. Qual o motivo de sua consulta hoje?

- febre (Temperatura corporal máxima °C /)
- dor de garganta tosse sabor e cheiro anormais artralgia sinto o corpo mole
- vômito náusea diarreia dormência dificuldade respiratória
- tenho dor de cabeça não sinto sabor outros ()

2. Desde quando tem este(s) sintoma(s)?

(/ manhã · tarde horas)

3. Você viajou nas últimas 2 semanas?

- Sim Não (/ ~ / Destinos de viagem)

4. Foi a um lugar apinhado duas semanas depois? Sim Não

[eventos · jantares · karaoke · ginásio · viagens de negócios · outros ()]

5. Alguém perto de você foi diagnosticado com Covid-19?

- Sim Não (família Local de trabalho outros ())

6. Tem reação alérgica a remédio ou alimentos? Sim Não

- alimentos () medicamentos ()

7. Atualmente está fazendo tratamento ou, no passado fez tratamento de alguma doença? Sim Não

- insuficiência cardíaca diabetes demência uso de drogas anticâncer dislipidemia
- hipertensão arterial uso de imunossupressores doença cerebrovascular
- doença respiratória durante o tratamento de diálise doenças tumorais malignas
- doença renal crônica obesidade (IMC superior a 30) outros ()

8. Está tomando algum medicamento agora? Sim Não

Medicamentos prescritos na nossa clínica () outros ()

9. Você está fumando atualmente? Sim Não Eu fumei no passado ___ Cigarros/dia

10. Está grávida ou existe a possibilidade de estar grávida? Sim Não ___ meses

11. Sobre o carro fabricantes () cor () número ()

12. História da vacinação 1ª vez (/ /) Nome da empresa

2ª vez (/ /)  ()

carro Tenda de espera Questionário ambulatorial de febre / /

※Como regra, os pacientes que visitam a clínica da febre serão testados sob a direcção do seu médico.