

問診票

記入日 年 月 日

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、本日の体調などを問診票に記入して下さい

フリガナ

お名前 () わかる方は、ID (No.)

生年月日 (大・昭・平・令 年 月 日) 歳

1. 新型コロナウイルス感染症の症状で該当するものにチェックしてください(複数可)。

発熱(37.0°C以上) 月 日から 日間

解熱剤を使用している

のどが痛い せきが出る 痰が出る 息苦しい 体がだるい

最近におい・味がわかりにくい

該当する症状はない

2. 新型コロナウイルスに感染した方との濃厚接触がありましたか？

なし あり (接触日 年 月 日) (場所)

・接触者との関係(家族・職場・知人・その他)

3. 最近、3蜜(密閉空間・密集場所・密接場面)が生じる可能性がある場所に行きましたか？

なし あり (接触日 年 月 日) (場所)

4. 女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか？

なし あり

5. 2.3.の質問に「あり」にチェックを入れた方はご記入ください。

1) 過去14日以内に、保健所からコロナウイルス濃厚接触者と指定された。

いいえ はい

2) 同居人または職場(同部署)に、自宅隔離を要請されている人がいる。

いいえ はい

3) 過去14日以内に海外渡航歴がある。

いいえ はい 国名() 帰国日 年 月 日

4) 同居人または職場(同部署)に過去14日以内に海外渡航歴がある人がいる。

いいえ はい 国名() 帰国日 年 月 日

5) 同居人または職場(同部署)に過去14日以内に海外渡航歴がある人と接触した。

いいえ はい 場所()
状況()

ご協力いただきありがとうございました。