

本日の状態をご記入ください

コロナウイルス及びインフルエンザ感染症対策強化のための問診票となります。
ご理解ご協力をお願いいたします。

診察券番号 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

質問1.

①	2週間以内に、新型コロナウイルス感染者・疑いの方・PCR検査をした方と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
②	2週間以内に、海外に行きましたか？	はい	いいえ
③	2週間以内に、感染が認められた場所に居たことがありますか？	はい	いいえ
④	2週間以内に、10名以上が集まるイベントに参加しましたか？	はい	いいえ
⑤	2週間以内に、いわゆる“3密”（換気の悪い密閉空間、多くの人の密集する場所、近距離での密接な会話）の機会がありましたか？	はい	いいえ
⑥	2週間以内に、37.5℃以上の発熱がありましたか？	はい	いいえ

質問2. 以下の症状がありますか？

体温(_____ ℃)

「はい」の場合、いつからですか？

①	のどの痛み	はい	いいえ	
②	鼻水	はい	いいえ	
③	咳	はい	いいえ	
④	痰	はい	いいえ	
⑤	息苦しさ	はい	いいえ	
⑥	強い倦怠感	はい	いいえ	
⑦	臭いがわかりにくい	はい	いいえ	
⑧	味がわかりにくい	はい	いいえ	
⑨	吐き気・嘔吐	はい	いいえ	
⑩	下痢	はい	いいえ	
⑪	頭痛(普段と異なる様な)	はい	いいえ	
⑫	関節痛	はい	いいえ	
⑬	家族に同様の症状の方がいる、もしくはいましたか？ (はい いいえ)			