

# 本日の状態をご記入ください

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

ID

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、新型コロナウイルスに感染しましたか？ 「はい」の場合、いつ頃ですか？	はい	いいえ 【           】
③	新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか？	接種していない 1回    2回    3回	
④	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）			