

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ID _____

携帯電話番号 _____

(車でご来院の場合)

体温 _____ °C

車種・色 _____ ・ナンバー _____ / 徒歩

A: あてはまるものにチェック、()内を○で囲ってください。

<input type="checkbox"/>	2週間以内に、コロナ感染者と接触した(同居家族、同僚、友人、その他)
<input type="checkbox"/>	2週間以内に、(同居家族、同僚、友人、その他)が濃厚接触者と保健所から指定された
<input type="checkbox"/>	現在、同居家族に発熱・咳などの症状がある
<input type="checkbox"/>	2週間以内に、複数人で(飲食、カラオケ、その他)に行った
<input type="checkbox"/>	2週間以内にコロナ感染者が発生した飲食店、施設を利用した
<input type="checkbox"/>	2週間以内に、県外(海外も含む)への往来、滞在があった(地名: _____)

基礎疾患の有無

糖尿病 心疾患 呼吸器疾患 腎臓病 その他(_____)

B: あてはまる症状がありますか?(ある○、ない×をつけてください。)

①	14日以内に発熱		⑦	頭痛	
	最高(_____ °C)		⑧	強いだるさ	
②	咳(_____ 日前から)		⑨	息切れ	
③	鼻水		⑩	関節痛	
④	痰		⑪	嘔気・嘔吐(_____ 回)	
⑤	のどの痛み		⑫	下痢(_____ 回)	
⑥	におい・味がわかりにくい		⑬	その他	