

新型コロナウイルスの感染症に関する問診票

新型コロナウイルスの感染拡大を防ぐために問診票の記入をしていただいています。

ご理解とご協力のほどよろしくお願いします。

記入日：令和 年 月 日

受診日	令和 年 月 日	体温	℃
フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日

1. 以下の症状がありますか？

- 平熱より高い体温、あるいは37.5度以上の発熱
- のどの痛み 鼻水 咳 たん 息苦しさ 倦怠感（強いだるさ）
- 臭いがわかりにくい 味がわかりにくい 吐き気・嘔吐 下痢
- なし

1. の質問に『なし』以外を選んだ方へ（具体的に教えてください。）

本日の（ ）時から・（ ）日前から・（ ）週間くらい前から

2. 7日以内に新型コロナウイルスの陽性（疑いを含む）の方と濃厚接触がありましたか？

- はい いいえ わからない

2. の質問に『はい』を選んだ方へ（具体的に教えてください。）

- 感染者と同居、車内や航空機内等で、2メートル以内での長い時間での会話
- マスクや手袋などの個人防護具なしで看護・介護をしていた
- 感染が疑われる方の気道分泌物、体液等に直接接触した
- その他（ ）

3. 2週間以内に諸外国への渡航歴があり、受診時に厚生労働省が示す待期期間内である及び

それらの方と家庭や職場内等で濃厚接触歴がありますか？

- いいえ はい