

新型コロナウイルス感染症(COVID-19) 関連問診票

患者氏名	様	体温	, °C
記入日	令和 年 月 日()	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日生

(1) 1週間以内に下記症状がありましたか？

■ 37.5°C以上の発熱	あり・なし	■ せき	あり・なし
■ 解熱薬の使用	あり・なし	■ たん	あり・なし
■ だるさ	あり・なし	■ 息苦しさ	あり・なし
■ 鼻水(花粉症以外)	あり・なし	■ 味やにおいの異常	あり・なし
■ のどの痛み	あり・なし	■ 下痢	あり・なし

(2) 1週間以内の接触歴について

■ 上記(1)の症状がある方との濃厚接触	あり・なし
■ 新型コロナウイルス陽性の方やその濃厚接触者との接触	あり・なし
※(ありの場合) 同居の有無	あり・なし

※濃厚接触…同居、長時間の接触、2m以内でマスク等なしでの対話、唾液等への接触など

付き添いの方も来院される場合はご記入ください

付き添い者氏名	様	体温	, °C
記入日	令和 年 月 日()	続柄	

(1) 1週間以内に下記症状がありましたか？

■ 37.5°C以上の発熱	あり・なし	■ せき	あり・なし
■ 解熱薬の使用	あり・なし	■ たん	あり・なし
■ だるさ	あり・なし	■ 息苦しさ	あり・なし
■ 鼻水(花粉症以外)	あり・なし	■ 味やにおいの異常	あり・なし
■ のどの痛み	あり・なし	■ 下痢	あり・なし

(2) 1週間以内の接触歴について

■ 上記(1)の症状がある方との濃厚接触	あり・なし
■ 新型コロナウイルス陽性の方やその濃厚接触者との接触	あり・なし
※(ありの場合) 同居の有無	あり・なし

※濃厚接触…同居、長時間の接触、2m以内でマスク等なしでの対話、唾液等への接触など