

問診票

・以下の項目について、チェックや記載をしてください。

氏名： (男・女) 年齢 歳

生年月日：M・T・S・H・R 年 月 日生

1. 新型コロナウイルス陽性者との接触はありましたか？

ア.はい→最終接触日 年 月 日、接触場所 ()

イ.いいえ

2. 症状がでる14日前までの間に流行地への訪問・渡航はありますか？

ア.はい→国名・都市・地域： ()

訪問時期： 月 日～ 月 日

イ.いいえ

3. 新型コロナウイルス感染を疑う行動歴がありますか？

ア.はい→具体的に ()

イ.いいえ

以下は、症状のある部分に記入をしてください。

1. 37度以上の発熱はありますか？

発熱期間： 月 日～ 月 日

経過中の解熱あり（解熱期間： 月 日～ 月 日

解熱剤使用： あり なし

2. 呼吸器症状は？あるものにチェックをして症状の始まった日を記入してください。

咳 (発症日 月 日)

鼻汁 (発症日 月 日)

咽頭痛 (発症日 月 日)

味覚・嗅覚の異常 (発症日 月 日)

息苦しい (発症日 月 日)

3. その他の症状について、あるものにチェックと始まった日を記入してください。

強い倦怠感 (発症日 月 日)

頭痛 (発症日 月 日)

筋肉痛・関節痛 (発症日 月 日)

嘔気・嘔吐 (発症日 月 日)

下痢 (発症日 月 日)

食欲低下 (発症日 月 日)

基礎疾患について

1. 以下の病気がかかっているものにチェックをしてください。

心臓や血管の病気 糖尿病 高血圧症

慢性の呼吸器の病気 慢性肝炎 腎不全などの腎臓の病気

免疫不全症候群 悪性腫瘍（がん） 免疫抑制剤・抗がん剤の使用

その他→具体的に ()

以上です。