

問診票 (COVID-19用) 記入日 年 月 日

氏名： (男・女・他) 年齢 歳
 生年月日：西暦 年 月 日生 身長 cm 体重 kg
 職業 () 勤務地・学校所在地 ()

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 → 社内発生あり 家族内発生あり 濃厚接触者判定あり
 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生じうる行動歴がありますか？

ア. はい → 具体的に ()
 イ. いいえ

4. これまでに、37度以上の発熱はありますか？ : あり なし

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

5. これまでの症状にチェックをして、始まった日を記入してください。

せき (発症日： 月 日) なし
たん (発症日： 月 日) なし
鼻汁 (発症日： 月 日) なし
咽頭痛 (発症日： 月 日) なし
息苦しい (発症日： 月 日) なし
倦怠感 (発症日： 月 日) なし
頭痛 (発症日： 月 日) なし
嘔気・嘔吐 (発症日： 月 日) なし
下痢 (発症日： 月 日) なし
味覚の異常 (発症日： 月 日) なし
嗅覚の異常 (発症日： 月 日) なし

6. 以下の該当するものにチェックをしてください。

悪性腫瘍 (がん) 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) その他の呼吸器の病気
慢性腎臓病 高血圧症 糖尿病 脂質異常症 慢性肝炎
喫煙している 喫煙していた 心臓や血管の病気 免疫不全症候群
免疫抑制剤・抗がん剤の使用 その他 → 具体的に ()

7. コロナワクチンについて

回数： 未接種 1回 2回 3回 種類： ファイザー モデルナ アストラゼネカ
 接種場所： 集団 職域 個別 (病院など) 大規模
 接種日1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日