

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

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