

# かぜ症状の問診票

## (コロナウイルス関連)

～ご記入後、受付スタッフへご提出ください～

患者様のお名前：

1. 以下の症状で該当するものにチェックしてください（複数可）。

- 発熱（37.5℃以上）\_\_\_\_\_日から\_\_\_\_\_日間 最高体温\_\_\_\_\_℃
- 熱がでるので解熱剤で対応している \_\_\_\_\_日から\_\_\_\_\_日間
- のどが痛い    せきが出る    痰がでる    息苦しい    体がだるい
- においかわかりにくい    味がおかしい

2. 新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触（のうこうせつしょく）がありましたか。

- なし    あり
- 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の会話
- マスクや手袋などの个人防护具なしで感染者の看護・介護をしていた。
- 感染が疑われる者の気道分泌物、体液等に直接接触した。

3. 今回の症状がでる前の2週間以内に新型コロナウイルス感染が多発している地域（北海道、愛知、大阪、神奈川など）や外国（中国、韓国、イタリア、ヨーロッパなど）に行きましたか。

- なし    あり
- 国内：県、市名（ \_\_\_\_\_ ） 外国：国名（ \_\_\_\_\_ ）

4. 最近、ライブハウス、スポーツクラブ、介護施設、老人ホーム、お祭り、クルーズ船など感染者が多発した施設あるいはイベントに行きましたか。

- なし    あり

5. 治療中の病気はありますか。 なし    あり

- 糖尿病    心臓    呼吸器    腎臓    免疫抑制治療
- がん    抗がん剤    その他 具体的に（ \_\_\_\_\_ ）

6. 女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。

- なし    あり