

感染症拡大防止のための問診票

(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：

- 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 においがわかりにくい 味がおかしい
- 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→いつ頃ですか(_____)
感染者と同居
感染者と職場、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。
- 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（歌舞伎町など夜の繁華街など）や外国に行きましたか。
なし あり
国内：県、市名（ _____ ） 外国：国名（ _____ ）
- 2週間以内に3密の機会（複数人での会食、集会参加、集合しての運動、カラオケ、パチンコ、ライブ参加、マスクなしでの満員電車や満員バスなど）がありましたか。
なし あり
- 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（ _____ ）
- 同居している方がいますか。
なし あり
- 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
- 新型コロナのワクチン注射をしていますか。 していない 1回 2回
している方は最後に接種した日時 2021年 _____ 月 _____ 日
(ファイザー モデルナ アストラゼネカ ノババックス)
- 新型コロナウイルスに感染した事がありますか？
なし あり _____ 年 _____ 月 頃 自宅療養 宿泊療養 入院