

問診票（新型コロナウイルス感染症用）

・以下の項目について、記載／チェックをお願いします。 記入日：____年____月____日

氏名：_____ 性別：男・女

生年月日：M・T・S・H・R____年____月____日生 年齢____歳

1. 新型コロナウイルス感染症の陽性者との接触はありましたか？

A はい → 最終接触日____年____月____日 接触場所（_____）

B いいえ

2. 症状が出る14日前の間、流行地への訪問や渡航はありますか？

A はい → 国名・都市・地域：（_____）

訪問/渡航時期：（_____）

3. 新型コロナウイルス感染を疑う行動歴がありますか？

A はい → 具体的に（_____）

B いいえ

4. 37度以上の発熱はありますか？

A はい → いつから（_____） 解熱剤使用 あり なし

B いいえ

5. 呼吸器症状はありますか？

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)

6. その他の症状はありますか？

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)

7. 基礎疾患について

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→（_____）

以上です。