新型コロナウイルス感染症に関する問診表

チェック欄	

年　　月　　日	ふりがな	
下記についてお伺い致します。 記載について、ご協力をよろしくお願い致します。	名前	

※1週間以内の事柄についてお答え下さい。

1　以下の症状がありますか　　□ あり　　□　なし

□あり　発熱（37．0度以上）　が　いつから（　　）　日間
　　最高の体温は　　度

□あり　熱がでるので解熱剤で対応している　　日から　　日間

□あり　□　のどが痛い　　□　咳が出る　　□　痰や鼻水がでる

□あり　□　息が苦しい　　□　身体がだるい

□あり　□　頭が痛い

□あり　□　下痢をしている　　□吐き気がある　　□嘔吐し

2　上記の症状に対して治療された期間をお書きください。

（　　月　　日　～　　月　　日　）

3　新型コロナウイルス感染症の陽性者や濃厚接触者またはその疑いのあるの方との接触がありましたか。（現在までに）

□　あり　　□　なし

□ 同居、車内や航空機内等で、1メートル以内での15分以上の会話
□ 個人防護具（マスク等）なしで看護や介護を行っていた
□ 感染が疑われるひとの唾液や体液等に手袋なしで直接触れた

4　新型コロナウイルス感染症の検査の対象になっていますか

□ なっている　　□ なっていない

5　新型コロナウイルス感染症について何か気になることがありますか

□あり　　□なし

（　　）

ご協力ありがとうございました　　山陽小野田市民病院

2022.11月改定