

# 症状別問診票

お名前

様

現在の体温

℃

## ①該当する症状をチェックして下さい

■症状はいつからですか⇒ 月 日頃

□発熱(37.5℃以上) 日から 日間 最高体温 ℃

□熱が出るので解熱剤で対応している(市販のものを含む) 日から 日間

□のどの痛み □咳 □痰 □鼻水 □息苦しい □体がだるい □関節痛 □頭痛

□におい、味がわかりにくい □下痢 □嘔吐 □腹痛

□その他 [ ※自宅や他院で新型コロナやインフルエンザの検査を受けた方はこちらに詳しくご記入ください ]

## ②1週間以内にインフルエンザに感染した方との接触はありますか

□なし ・ □あり ※ありにチェックを入れた方は、接触状況を詳しくご記入下さい

例) ・〇月〇日に陽性と診断された感染者と同居している

以下記入欄 ・会社の隣の席の人がインフルエンザで欠席している など

## ③2週間以内に新型コロナウイルスに感染した方との濃厚接触(のうこうせつしょく)はありますか

□なし ・ □あり ※ありにチェックを入れた方は、接触状況を詳しくご記入下さい

例) ・〇月〇日に陽性と診断された感染者と同居している

以下記入欄 ・×月×日に陽性と診断された友人と車で長時間会話をしながら出かけた など

## ④渡航歴 (一部国内を含む) ※今回の症状が出る前2週間以内

□なし ・ □あり ※ありにチェックを入れた方は、以下にお答え下さい

□国内(北海道, 愛知, 大阪, 神奈川 など)

県, 市名( ) 月 日から 日間

□外国(中国, アメリカ, 韓国, ヨーロッパ など)

国名( ) 出国日 年 月 日 入国日 年 月 日

※国外居住者は入国日のみご記入下さい

## ⑤イベントの参加 (ライブハウス, スポーツクラブ, 介護施設, 老人ホームなど 施設やイベントへの参加)

□なし ・ □あり

## ⑥女性の方へ 当てはまるものにチェックして下さい

□妊娠の可能性ある □妊娠中 □授乳中

ご記入いただきありがとうございました。受付にお渡し下さい。