

新型コロナウイルスについての問診票

患者氏名 _____

記入日 年 月 日

発熱についてお尋ねします。

1	本日体温は何度ですか？	(°C)
2	解熱剤を使用しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	2週間以内に37.5°C以上の発熱がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	* それはいつからですか？	(/ から /)

その他症状のある方は○をしてください。また、それはいつからですか？(/ から)

頭痛	関節痛	だるさ	味やにおいの変化	のどの痛み	腹痛
咳	痰	息苦しさ	鼻汁		
下痢	吐き気	発疹	その他()		

2週間以内の行動・接触歴についてお尋ねします。

1	県外へ行かれましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	* どこへ()	
2	大人数や長時間に及ぶ飲食またはマスクなしでの会話がありましたか？	
	月 日頃 どこで?() どのくらいの時間?() 何人くらい?(人)	
3	周囲の体調不良者や新型コロナウイルス陽性の可能性のある方と接触はありましたか？	
	<input type="checkbox"/> はい それは誰ですか?() <input type="checkbox"/> いいえ	
4	濃厚接触者であると保健所から指導をうけましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	県外から来た人との接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし
	あると答えた方にお尋ねします。	
	* 何処から来られた人ですか？	()
	* それはいつ頃ですか？	期間:(/ ~ / まで)
	* 誰と?()	何をしましたか?()

新型コロナワクチンの接種はお済みでしょうか？

<input type="checkbox"/> はい (接種回数 : 回 最終接種日 : 月 日)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明
------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

あなたは新型コロナウイルス感染症に感染したことがありますか？

<input type="checkbox"/> はい それはいつ頃ですか?()	<input type="checkbox"/> いいえ
----------------------------------------------------------------	------------------------------