

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

患者様に安心安全な医療を提供するため、以下の問診票を記入していただいています。
お手数ですが、感染拡大防止のため、ご理解・ご協力をお願いします。

記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふり かな

氏名 _____ (男・女) 年齢 _____ 歳

① 次のような症状はありますか？

- 発熱 (いつから? : _____ 月 _____ 日頃から) 38°C以上 37.5°C以上 37°C以上)
咳 痰 息苦しさ (呼吸困難) 強いだるさ (全身倦怠感) 鼻水
味や臭いの異常 (味覚・嗅覚障害) 吐き気・嘔吐 下痢 のどの痛み
頭痛 その他 (_____)

	最近2週間の状況についてお聞きします。		
②	2週間以内に風邪症状や37.5°C以上の発熱がある人と接触しましたか？ (ご家族も含めて)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③	2週間以内に新型コロナウイルス感染症が確認された患者と接触しましたか？ (ご家族も含めて)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④	2週間以内に国内や海外に移動 (旅行や出張を含めて) をしましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤	同居者が2週間以内に国内や海外に旅行や出張などをしましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

⑥ 現在、治療中の病気はありますか？ 特になし

- 呼吸器疾患 高血圧 脳血管疾患 糖尿病 脂質異常症 認知症
透析治療中 がん その他

(_____)

⑦ 内服中の薬はありますか？ あり (処方医療機関名: _____) なし

⑧ (女性の方) 妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？ あり なし

⑨ アレルギーはありますか？

あり (薬: _____ 食べ物: _____ その他: _____) なし

⑩ タバコ (電子タバコを含む) は吸いますか？もしくは以前に吸っていましたか？

はい (_____ 歳から _____ 歳まで、1日あたり _____ 本) いいえ

⑪ 職業 (_____)

職業上、不特定多数との接触はありますか？ あり なし