

新型コロナウイルス感染症 問診票

記入日 令和 年 月 日

氏名 _____ 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

1. 以下の症状で当てはまるものにチェックしてください。

発熱（37.0℃以上） 月 日から 日間 最高 _____℃ 現在 _____℃

解熱剤を使用している 月 日から 日間

咳が出る 痰が出る 息苦しい

体がだるい のどの痛み におい・味が変わりにくい

下痢 吐き気 食欲不振 発疹

その他(_____)

2. 新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触がありましたか？

なし あり(_____)日前

3. 2週間以内に中部以外から移動されてきた方と接触されましたか？

なし あり 国内：県市名(_____) 外国：国名(_____)

4. 2週間以内に中部以外に移動・滞在しましたか？

なし あり 国内：県市名(_____) 外国：国名(_____)

5. 2週間以内に3密(密閉空間・密集場所・密接場面)が生じる可能性がある場所に行きましたか？
(ライブハウス・スポーツジム・カラオケ等)

なし あり

6. 帰国者・接触者相談センターに連絡しましたか？

なし あり

7. 治療中の病気はありますか？

なし

あり → 糖尿病 心臓疾患 呼吸器疾患 腎臓疾患

免疫抑制薬治療 抗がん剤使用

その他(_____)

8. 現在、花粉症(アレルギー性鼻炎)の症状はありますか？

なし あり

9. 女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか？

なし あり

10. たばこは吸いますか？

吸わない 過去吸っていた 吸う

喫煙歴(_____)年間 1日(_____)本

ご協力ありがとうございました。
みらい内科クリニック